

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE FARMÁCIA



QualMed: Desenvolvimento de uma intervenção com aplicação do Balanced Scorecard com vista à melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Paulo Jorge Cravidão da Veiga

Orientadores: Professora Doutora Mara Sofia Inácio Pereira Guerreiro

Professor Doutor Luís Miguel Velez Lapão

Professor Doutor Afonso Miguel Neves Cavaco

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Farmácia, especialidade de Sócio Farmácia

2018

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE FARMÁCIA



QualMed: Desenvolvimento de uma intervenção com aplicação do Balanced Scorecard com vista à melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Paulo Jorge Cravidão da Veiga

Orientadores: Professora Doutora Mara Sofia Inácio Pereira Guerreiro
Professor Doutor Luís Miguel Velez Lapão
Professor Doutor Afonso Miguel Neves Cavaco

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Farmácia, especialidade de Sócio Farmácia

Júri:

Presidente: Doutor António José Leitão das Neves Almeida, Professor Catedrático e Presidente do Conselho Científico da Faculdade da Universidade de Lisboa

Vogais:

- Doutor Jorge Manuel Moreira Gonçalves, Professor Catedrático Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto;
- Doutor João Pedro Bernardo Gregório, Investigador Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa;
- Doutora Isabel Maria Pires Sebastião Ramalhinho, Professora Auxiliar Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade do Algarve;
- Doutora Mara Pereira Guerreiro, Professora Associada Convidada Instituto Universitário Egas Moniz, Orientadora;
- Doutora Maria Adriana Pereira Henriques, Professora Coordenadora Escola Superior de Enfermagem de Lisboa;
- Doutor Hélder Dias Mota Filipe, Professor Associado Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa.

Publicações e apresentações científicas

Artigos científicos

Veiga P, Lapão LV, Cavaco AM, Guerreiro MP. Quality supply of nonprescription medicines in Portuguese community pharmacy: an exploratory case study. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 2015; 11: 880-90.

Veiga P, Cavaco AM, Guerreiro MP, Lapão LV. Implementing a Balanced Score Card for improving non-prescription medicines dispensing. *BMC Research Notes* (submetido sob a referência: RESN-D-18-01213)

Apresentações em eventos científicos

Veiga P, Martins SM, Guerreiro MP. Quality supply of non-prescription medicines in community pharmacies and retail stores: interim findings from the QualMed study. 41st European Symposium on Clinical Pharmacy, Barcelona, 2012. (poster)

Veiga P, Lapão LV, Cavaco AM, Guerreiro MP. Assisting consumers in self-medication: reflections on the role of support staff in community pharmacy. 43rd European Symposium on Clinical Pharmacy, Copenhagen 2014. (comunicação oral)

Veiga P, Lapão LV, Cavaco AM, Guerreiro MP. Feeding back pharmacy staff on their OTC dispensing performance: an exploratory study. 20th International Social Pharmacy Workshop, Boston 2014. (poster)

Veiga P, Lapão LV, Cavaco AM, Guerreiro MP. Pharmacy staff communication when dispensing OTC medicines: insights from simulated patient visits. 44th ESCP Symposium on Clinical Pharmacy, Lisboa 2015. (poster)

Veiga P, Lapão LV, Cavaco AM, Guerreiro MP. Tackling the quality of non-prescription medicines dispensing in pharmacies by combining a Balanced Score Card with change management: interim findings. European Health Management Association, Porto 2016. (poster)

Resumos publicados

Veiga P, Martins SM, Guerreiro MP. Quality supply of non-prescription medicines in community pharmacies and retail stores: interim findings from the QualMed study. *International Journal of Clinical Pharmacy* 2013; 35: 894.

Veiga P, Lapão LV, Cavaco AM, Guerreiro MP. Feeding back pharmacy staff on their OTC dispensing performance: an exploratory study. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 2014; 10 (5): e24-e25.

Veiga P, Lapão LV, Cavaco AM, Guerreiro MP. Assisting consumers in self-medication: reflections on the role of support staff in community pharmacy. *International Journal of Clinical Pharmacy* 2015; 37:194.

Veiga P, Lapão LV, Cavaco AM, Guerreiro MP. Pharmacy staff communication when dispensing OTC medicines: insights from simulated patient visits. *International Journal of Clinical Pharmacy* 2016; 38:503-4.

Agradecimentos

Neste caminho longo e difícil é uma questão de justiça agradecer a todos aqueles que aqui me permitiram chegar. Em primeiro lugar gostaria de agradecer a todos aqueles que aceitaram participar no estudo.

Um grande agradecimento à minha orientadora a Professora Doutora Mara Pereira Guerreiro, não só por ter acreditado em mim e por todo o tempo que investiu em mim, incluindo suporte moral que por vezes foi necessário, mas também pela sua dedicação, paciência, apoio, entusiasmo, ensinamentos e amizade. Posso honestamente dizer que ganhei um ídolo numa pessoa que para além de ser bastante competente na sua área, tem uma ética de trabalho e uma bússola de ética pessoal que realmente me impressionou e marcou.

Igualmente pela sua criatividade, encorajamento, capacidade de trabalho, conhecimentos e dedicação um grande obrigado ao Professor Doutor Luís Velez Lapão e Professor Doutor Afonso Miguel Cavaco. Esta tese não seria possível sem os vossos determinantes contributos.

Gostaria de agradecer à equipa da Farmácia Cravidão, pela vossa competência e capacidade de trabalho que me permitiu confiança de que tudo correria bem nos momentos da minha ausência, e em especial a quem participou neste estudo: Patrícia Augusto, Ana Filipa D’Almeida e Tânia Rilhó. Trabalhar em farmácia comunitária enquanto trabalhei no doutoramento foi certamente um desafio, mas também muito compensador pois permitiu uma visão muito mais contextualizada do trabalho a realizar.

E porque a vida é feita do momento, um obrigado a todos os meus amigos que permitiram momentos felizes de descontração ao longo destes 5 anos, em especial ao Ivan, à Cláudia, ao Bruno, ao João, ao Ivo, ao Emanuel e ao Renato.

Ao meu pai Alfredo por ser uma rocha de apoio incondicional sempre presente e à minha mãe Lisete quem primeiro me inspirou nesta profissão, pelo seu profissionalismo e dedicação. Ambos são sem dúvida principal motivo de eu hoje ser quem sou e ter a capacidade e a oportunidade de enfrentar este desafio. Ao meu irmão Fernando, à minha cunhada Ewa, ao meu sobrinho Diogo, à minha avó Maria, ao meu tio José, à minha tia Manuela e à minha prima Daniela.

QualMed: Desenvolvimento de uma intervenção com aplicação do Balanced Scorecard com vista à melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

E por último à minha cara metade, ao meu amor, a quem traz significado à minha vida e cuja presença faz o próprio céu mais azul. Inês, és a minha principal fonte de motivação. Sem ti nada faz sentido. Nas palavras de Pablo Neruda: “Te amo sin saber cómo, ni cuándo, ni de donde, te amo directamente sin problemas ni orgullo: así te amo porque no sé amar de otra manera”

Resumo

Introdução: A automedicação apresenta benefícios para os consumidores e sistema de saúde, mas não é isenta de riscos. O uso inadequado de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) pode aumentar a morbilidade, mortalidade e custos em saúde. Os farmacêuticos têm um papel bem estabelecido na promoção do uso seguro e racional de MNSRM.

Objetivo: Desenvolver, testar e implementar uma intervenção organizacional para melhorar a gestão da qualidade da dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica.

Métodos: *Design Science Research Methodology* (DSRM), envolvendo seis etapas consecutivas. Para as primeiras etapas foi efetuada uma revisão da literatura e realizado um estudo de caso, numa farmácia, com doentes simulados e entrevistas qualitativas aos profissionais.

Posteriormente foi desenvolvido, testado e implementado um *Balanced Scorecard* (BSC) em cinco farmácias, durante seis meses. O BSC foi composto por 13 indicadores em quatro perspetivas (clientes, processos organizacionais internos, inovação e aprendizagem e financeira). No final foi realizado um grupo focal para investigar as experiências e perceções sobre esta ferramenta.

Resultados: Por exemplo, na perspetiva dos clientes, a satisfação com as intervenções em automedicação assistida permaneceu alta durante todo o estudo (total de 125 clientes entrevistados; média de 4.71 numa escala de 1 a 5). No início do estudo, não existiam procedimentos para processos críticos do serviço nas farmácias; no mês seis, foram implementados sem exceção (perspetiva dos processos organizacionais internos).

No geral, a cultura organizacional aumentou para um estilo mais adocrático, caracterizado por um comportamento adaptativo, de resposta rápida à mudança (perspetiva da inovação e aprendizagem). A margem de medicamentos não sujeitos a receita médica atingiu o aumento pré-definido pelos gestores das farmácias em quatro farmácias (perspetiva financeira).

O grupo focal indicou aceitação desta ferramenta e uma perceção de benefício, identificando também, barreiras e facilitadores.

QualMed: Desenvolvimento de uma intervenção com aplicação do Balanced Scorecard com vista à melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

Conclusão: O BSC demonstrou, nas condições do estudo, ser uma ferramenta útil para gerir a qualidade da dispensa de MNSRM. A utilização futura deve ser informada por barreiras e facilitadores à implementação.

Palavras-chave | Balanced Scorecard, Design Science Research Methodology, Medicamentos não Sujeitos a Receita Médica, Gestão do Contexto Organizacional, Farmácia Comunitária

Abstract

Introduction: Self-medication has benefits for consumers and the healthcare system, but it is not risk-free. Inappropriate use of non-prescription medicines (NPMs) may increase morbidity, mortality and healthcare costs. Pharmacists have a well-established role in promoting the safe and rational use of NPMs.

Objective: To develop, test and implement an organizational intervention to improve the quality management of dispensing NPMs.

Methods: Design Science Research Methodology (DSRM), involving six consecutive steps. For the first steps, a review of the literature was conducted and a case study carried out in one pharmacy, resorting to simulated patients and qualitative interviews with the pharmacy team.

Subsequently, a Balanced Scorecard (BSC) was developed, tested and implemented in five pharmacies over the course of six months. The BSC was comprised of 13 indicators across four perspectives (customers, internal organizational processes, innovation and learning and financial). In the end, a focus group was ran to investigate the experiences and perceptions about this tool.

Results: For example, in the customers perspective, satisfaction with self-medication consultations remained high throughout the study (overall 125 customers interviewed, mean of 4.71 on a scale of 1 to 5). At the onset of the study, standardized procedures for critical service processes were absent in all pharmacies; at month six, they had been implemented without exception (internal business processes perspective).

Overall, the organizational culture increased towards a more adhocratic style, characterized by an adaptive behavior, of rapid response to change (perspective of innovation and learning). NPMs margin reached the pre-defined increase by pharmacy managers in four pharmacies (financial perspective).

The focus group indicated acceptance of this tool and a perceived benefit, whilst highlighting barriers and facilitators to the BSC implementation.

QualMed: Desenvolvimento de uma intervenção com aplicação do Balanced Scorecard com vista à melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

Conclusion: The BSC demonstrated, under the study conditions, to be a useful tool to manage the quality of NPMs dispensation. Future use should be informed by barriers and facilitators to implementation.

Keywords | Balanced Scorecard, Design Science Research Methodology, Non-prescription Medicines, Organizational Culture Management, Community Pharmacy

Índice Geral

Publicações e apresentações científicas	v
Agradecimentos	vii
Resumo	ix
Abstract	xi
Índice Geral	xiii
Índice de Figuras	xvii
Índice de Tabelas	xix
Lista de Abreviaturas	xxi
Parte I - Introdução	1
1. Medicamentos não sujeitos a receita médica e sua dispensa	1
1.1. Automedicação: enquadramento e definição	1
1.2. Prevalência da automedicação	3
1.3. Aspetos regulamentares e de mercado em Portugal	6
1.4. Benefícios da automedicação	9
1.5. Riscos da automedicação	11
1.6. Papel da farmácia e farmacêutico na automedicação assistida	16
1.7. Desempenho das farmácias na automedicação assistida	17
2. Enquadramento sobre gestão em serviços de saúde e sua aplicação para o serviço de dispensa de MNSRM em farmácia comunitária	25
2.1. Gestão de serviços de saúde	25

QualMed: Desenvolvimento de uma intervenção com aplicação do Balanced Scorecard com vista à melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

2.2.	Gestão em farmácia comunitária e importância do serviço de dispensa de MNSRM	27
2.3.	Gestão da qualidade de serviços e cultura organizacional	28
2.4.	Instrumentos de gestão	30
3.	Objetivos	33
3.1.	Objetivo geral	33
3.2.	Objetivos específicos	33
Parte II - Abordagem Metodológica		35
4.	Métodos de investigação científica	35
4.1.	Doente simulado com ocultação	40
4.2.	Entrevistas qualitativas	42
4.3.	Inquéritos por entrevista	45
4.4.	Grupos focais	47
5.	Desenho de estudo	53
5.1.	Estudo de caso	55
5.2.	Design Science Research Methodology (DSRM)	58
Parte III – Resultados		63
6.	Qualidade na dispensa de MNSRM em farmácias comunitárias portuguesas: caso exploratório	65
6.1.	Introdução	65
6.2.	Métodos	67
6.3.	Resultados	74
6.4.	Discussão	80
6.5.	Conclusões	83
7.	Implementação de um balanced scorecard focado na melhoria da gestão da qualidade da dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica	85

QualMed: Desenvolvimento de uma intervenção com aplicação do Balanced Scorecard com vista à melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

7.1.	Introdução	85
7.2.	Métodos	87
7.3.	Resultados	96
7.4.	Discussão	111
7.5.	Limitações	113
7.6.	Conclusão	113
8.	Resultados em saúde e satisfação com atendimentos de automedicação em farmácias comunitárias: perspetiva dos clientes	115
8.1.	Introdução	115
8.2.	Métodos	118
8.3.	Resultados	124
8.4.	Discussão	130
8.5.	Limitações	132
8.6.	Conclusão	133
Parte IV - Discussão e Conclusões		135
9.	Discussão e considerações finais	135
9.1.	Qualidade na dispensa de MNSRM em farmácias comunitárias portuguesas: caso exploratório	136
9.2.	Implementação de um balanced scorecard focado na melhoria da gestão da qualidade da dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica	137
9.3.	Resultados em saúde e satisfação com atendimentos de automedicação em farmácias comunitárias: perspetiva dos clientes	138
9.4.	Considerações finais	140
Bibliografia		143
Anexos		163

QualMed: Desenvolvimento de uma intervenção com aplicação do Balanced Scorecard com vista à melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

1.	Folheto Informativo para as Farmácias Participantes	163
2.	Formulário para a intervenção farmacêutica em automedicação	165
3.	Questionário Warr, Cook e Wall para a Satisfação Profissional	167
4.	Questionário Cameron e Quinn para a Cultura Organizacional	169
5.	Consentimento Informado para o Grupo Focal	170
6.	Guião do Grupo Focal	172
7.	Folheto informativo para o Cliente com Consentimento Informado	174
8.	Questionário de Satisfação dos Clientes com o serviço de dispensa de MNSRM	176

Índice de Figuras

Figura 1 - Evolução do número de embalagens de MNSRM vendidas em Portugal (17–27).....	8
Figura 2 – Estudos de observação quanto à participação do investigador e ocultação.....	41
Figura 3 – Relação entre os objetivos do estudo, desenho do estudo, métodos de investigação e técnicas de investigação	53
Figura 4 – Etapas da DSRM	58
Figura 5 – Relação entre etapas selecionadas da DSRM e os principais métodos de investigação científica utilizados	62
Figura 6 – Desempenho nos SbS (critérios de avaliação)	75
Figura 7 - Desempenho nos SbS (critérios de aconselhamento)	76
Figura 8 – Cultura organizacional inicial (esquerda) e final (direita) na farmácia A.....	101
Figura 9 – Cultura organizacional inicial (esquerda) e final (direita) na farmácia B.....	102
Figura 10 – Cultura organizacional inicial (esquerda) e final (direita) na farmácia C.....	102
Figura 11 – Cultura organizacional inicial (esquerda) e final (direita) na farmácia D.....	103
Figura 12 – Cultura organizacional inicial (esquerda) e final (direita) na farmácia E	104
Figura 13 - Valor de vendas de MNSRM (valor relativo em percentagem comparado com o valor do período homologado do ano anterior).....	104
Figura 14 - Relação do valor de vendas de MNSRM VS. o valor de vendas totais (percentagem).....	105
Figura 15 – Número de embalagens de MNSRM vendidas (valor relativo em percentagem comparado com o valor do período homologado do ano anterior)	106
Figura 16 – Relação do valor do número de embalagens de MNSRM vendidas VS. o número de embalagens totais vendidas (percentagem)	106
Figura 17 - Tipo de interação colaborador-cliente por farmácia.....	126
Figura 18 – Pontuações da qualidade global das interações CPT-cliente por farmácia	128

QualMed: Desenvolvimento de uma intervenção com aplicação do Balanced Scorecard com vista à melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Estudos doente simulado com ocultação	19
Tabela 2 - Notas chave sobre a dispensa de MNSRM em Portugal	66
Tabela 3 - Cenários onde os SPs se dirigem à farmácia com uma queixa (SbS)	69
Tabela 4 - Cenários onde os SPs solicitam um MNSRM diretamente pelo nome (PbS)	70
Tabela 5 - Critérios para avaliar a qualidade da dispensa de MNSRM*	71
Tabela 6 - Guião das entrevistas semiestruturadas	73
Tabela 7 - Comunicação verbal - frequências relativas das categorias codificadas em percentagem: % = (X elocuções / elocuções SbS ou elocuções PbS) x 100	77
Tabela 8 - Os treze indicadores identificados para o BSC	89
Tabela 9 - Resultados dos Indicadores da Perspetiva dos Clientes	98
Tabela 10 - Resultados dos Indicadores dos Processos Organizacionais Internos	100
Tabela 11 - Resultados dos indicadores da inovação e aprendizagem	101
Tabela 12 – Margem de venda dos MNSRM	107
Tabela 13 - Regressões lineares univariadas entre as variáveis independentes e a variável dependente (satisfação global do cliente)	123
Tabela 14 - Distribuição dos clientes participantes por farmácia	125
Tabela 15 - Frequências de cumprimento dos critérios de Avaliação (n=215)	127
Tabela 16 - Melhoria autorreportada do estado de saúde do cliente	128

QualMed: Desenvolvimento de uma intervenção com aplicação do Balanced Scorecard com vista à melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

Lista de Abreviaturas

AESGP	Association Européenne de Spécialités Pharmaceutiques Grand Public
AINE	Anti-inflamatórios não esteroides
BPF	As Boas Práticas de Farmácia
BSC	Balanced Scorecard
CA	Técnico auxiliar de farmácia
COE	Contraceção Oral de Emergência
CPT	Equipa da Farmácia Comunitária
DCI	Denominação Comum Internacional
DECO	Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor
DSRM	Design Science Research Methodology
EHMA	European Health Management Association
IMC	Índice de Massa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estatística
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
IPI	Índice de Desempenho Interpessoal
LS	Estilo de vida
MNSRM	Medicamentos não sujeitos a receita médica
MNSRM-EF	Medicamentos não sujeitos a receita médica de dispensa exclusiva em farmácia

QualMed: Desenvolvimento de uma intervenção com aplicação do Balanced Scorecard com vista à melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

MSRM	Medicamentos sujeitos a receita médica
NPMs	Non-prescription medicines
OMS	Organização Mundial de Saúde
OF	Ordem dos Farmacêuticos
Pbs	Cenário em que o utente solicita um MNSRM diretamente pelo nome
PRM	Problemas Relacionados com os Medicamentos
P	Farmacêutico
PS	Psicossociais
PT	Técnico de Farmácia
RAM	Reações Adversas Medicamentosas
RIAS	the Roter Interaction Analysis System
RPSGB	Royal Pharmaceutical Society of Great Britain
Sbs	Cenário em que o utente se dirige à farmácia com uma queixa
SPs	Doentes Simulados
SWOT	Pontos fortes, Pontos fracos, Oportunidades e Ameaças
TPI	Índice de Desempenho Técnico
UK	Reino Unido
WWHAM	Mnemónica de 5 questões básicas de avaliação: Para quem é o medicamento? Quais são os sintomas? Há quanto tempo tem o doente os sintomas? Já tomou alguma coisa para aliviar os sintomas? Toma outra medicação?

Parte I - Introdução

Nesta primeira parte é feito no primeiro capítulo, um enquadramento dos medicamentos não sujeitos a receita médica e sua dispensa, iniciando com a descrição de conceitos base tais como a definição de automedicação. Posteriormente, é descrita a prevalência da automedicação e é dissertado sobre aspetos regulamentares sobre medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM). São ainda elencados os benefícios e possíveis riscos decorrentes da prática de automedicação, e por fim, dissertasse sobre o papel da farmácia e do farmacêutico nesta sua importante missão de automedicação assistida e é efetuada uma revisão do desempenho das farmácias na automedicação assistida.

No segundo capítulo é feito o enquadramento sobre gestão em serviços de saúde e sua aplicação para o serviço de dispensa de MNSRM em farmácia comunitária, analisando: a gestão de serviços de saúde, a gestão em farmácia comunitária e importância do serviço de dispensa de MNSRM, a gestão da qualidade de serviços e cultura organizacional e os instrumentos de gestão.

No terceiro capítulo são traçados os objetivos gerais e específicos desta investigação.

1. Medicamentos não sujeitos a receita médica e sua dispensa

1.1. Automedicação: enquadramento e definição

O autocuidado inclui todas as ações e medidas que um indivíduo adota para melhorar a sua saúde e bem-estar, para prevenir e diminuir a probabilidade de doenças e para restaurar a saúde após uma doença ou

lesão (1). Este conceito é abrangente, englobando vários elementos como a higiene, a nutrição e a automedicação (1,2).

O conceito de autocuidado deve ser encarado numa perspetiva de *continuum*. Num extremo, os indivíduos saudáveis adotam de forma autónoma atividades básicas diárias para manter a saúde e prevenir a doença. No extremo oposto, situam-se os indivíduos após trauma, doença ou incapacidade, necessitados de ajuda e cuidados de saúde profissionais, temporários ou crónicos, para lidar com a situação. Neste extremo do *continuum*, a capacidade do indivíduo para realizar atividades de autocuidado pode ficar severamente limitada, implicando ajuda para as mais simples atividades de autocuidado, como higiene pessoal (3).

A automedicação representa uma importante forma de autocuidado, ocorrendo de forma assistida se envolver um profissional de saúde, como o farmacêutico.

Existem múltiplas definições de automedicação. Por exemplo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que a automedicação é “a seleção e uso de medicamentos pelos indivíduos para tratar doenças ou sintomas autorreconhecidos” (2). Adicionalmente esta Organização oferece uma definição de automedicação responsável: “a prática na qual indivíduos tratam as suas doenças e situações de saúde com medicamentos que são aprovados e disponíveis sem receita médica, e que são seguros e eficazes quando usados de acordo com as indicações” (2). Em Portugal, o Ministério da Saúde considera que a automedicação é “a utilização de MNSRM de forma responsável, sempre que se destine ao alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde” (4). Em resumo, a automedicação responsável consiste no uso dos medicamentos aprovados para uso sem prescrição (MNSRM), nas indicações aprovadas, e geralmente, por um período de tempo limitado.

As mudanças demográficas e as restrições orçamentais aumentam a pressão sobre os sistemas de saúde, criando uma necessidade crescente de utilização eficiente dos recursos na prestação de serviços (5). As farmácias são reconhecidas pela sua elevada acessibilidade; consequentemente o farmacêutico pode ter um papel fundamental no autocuidado, desde a promoção de estilos de vida saudáveis, passando pela automedicação e pelo apoio ao autocuidado na doença crónica (2).

Atualmente existe uma crescente tendência, particularmente nos países anglo-saxónicos, para estender o uso da automedicação assistida a medicamentos destinados a situações crónicas (6). A título de exemplo, no Reino Unido é já possível a dispensa de sinvastatina sem receita médica em farmácias para controlo da hipercolesterolemia (6). É importante referir que igualmente às terapêuticas agudas, apenas as doses consideradas mais seguras e com menor risco para a saúde têm sido aprovadas para automedicação, sendo que no caso da sinvastatina apenas a dosagem de 10mg se encontra disponível sem receita médica. Um estudo escocês sugere que este facto é um dos fatores que explica a reticência dos farmacêuticos em aconselharem este medicamento, percecionando a dosagem como pouco eficaz (6).

1.2. Prevalência da automedicação

A automedicação é um fenómeno global. A sua prevalência foi analisada em várias revisões sistemáticas internacionais, que fornecem estimativas desta prática.

A meta-análise de Gualano *et al.* de 2015 (7), realizada com o objetivo de investigar a prevalência e os efeitos adversos em adolescentes, estima uma prevalência da automedicação de 50%, variando entre 4 e 92%. Esta revisão considerou 15 estudos observacionais publicados entre 1990 e 2014, que incluíam a análise da automedicação de indivíduos com idades compreendidas entre 13 e 18 anos. Relativamente ao país de origem, na sua maioria dos estudos foram efetuados no Brasil (n=5), existindo igualmente vários estudos Europeus (n=7) e do Médio Oriente (n=3). No total os estudos envolveram 143 213 participantes. Os medicamentos a que os adolescentes mais recorreram foram: analgésicos (27,8-70,2%), antitússicos e expetorantes (12,3-54%), antibióticos (8,6-53,2%), medicamentos dermatológicos (14,2-37%) e suplementos (4,4-22%) (7).

A revisão realizada por Shehnaz *et al.* de 2014 (8), com o objetivo de rever as tendências globais e fatores que influenciam a automedicação nos adolescentes, corrobora os dados anteriores de prevalência de automedicação em adolescentes, com uma variação entre 2 e 92% (8). Esta revisão considerou estudos publicados entre 2000 e 2013 e incluiu todos os artigos, revisões, editoriais e resumos publicados em Inglês, relativos a adolescentes entre os 13 e 18 anos. Os 163 estudos incluídos têm uma origem bastante abrangente, desde Canadá, Estados Unidos da América, Grónlandia, Israel a vários países europeus. No total foram envolvidos 3 663 647 participantes. A maioria dos estudos utilizou como instrumento de recolha de dados questionários autoadministrados, existindo também questionários preenchidos na internet, entrevistas e estudos em que a recolha de dados resultou de técnicas mistas (quantitativas e qualitativas). Os MNSRM a que os adolescentes mais recorreram foram: analgésicos e antipiréticos (entre 5% a 94%) seguidos de vitaminas e suplementos (entre 3% a 83%), anti-histamínicos (entre 2% a 82%) e medicamentos para constipações, gripes e tosse (entre 0,5% a 71%). Na maioria dos países considerados na revisão, foram as raparigas adolescentes quem mais recorreu à automedicação, com exceção do Brasil e do Quênia, sendo que esta tendência para a automedicação aumenta com a idade em ambos os géneros. Outros fatores sociais e psicossociais preditivos para a automedicação foram:

- Educação materna;
- Nível socioeconómico (quatro estudos indicaram que um maior nível se relaciona com um maior consumo de medicamentos em automedicação);
- Condição de fumador;
- Hábitos incorretos de alimentação;
- Maior acesso ao serviço de saúde (observado num estudo realizado no Brasil);
- Influência do marketing (especialmente da televisão);
- Experiência prévia com o medicamento;
- Presença de situações de saúde menores mas frequentes;
- Falta de tempo para consulta médica;
- Inconveniência e dificuldade de acesso à consulta médica;
- Elevado custo dos medicamentos prescritos;
- Perceção de má saúde (8).

Jerez-Roig *et al.* em 2014 (9), realizaram uma revisão com o objetivo de estimar a prevalência da automedicação e os fatores associados na faixa etária acima dos 60 anos, assim como identificar as principais categorias de MNSRM utilizados. Foi estimada uma prevalência média de 37,7%, variando entre 4% e 87%, com base em 28 estudos. Esta revisão considerou estudos envolvendo automedicação em homens e mulheres a partir dos 60 anos em países em desenvolvimento e 65 anos nos países desenvolvidos; estudos contendo indivíduos fragilizados em situação de hospitalização ou em lares foram excluídos. Dos 28 estudos considerados, a maioria foi efetuada nos continentes americanos: 12 no Brasil, seis nos Estados Unidos da América e um no México. Foram ainda incluídos cinco estudos oriundos de diferentes países europeus, dois realizados na ásia e dois na oceânia. Os MNSRM mais utilizados pelos participantes foram os analgésicos e antipiréticos, assim como outras categorias: produtos de medicinas alternativas, suplementos e vitaminas, medicamentos gastrointestinais, medicamentos que atuam no sistema nervoso central, antibióticos, anti-histamínicos e preparações dermatológicas. Os fatores preditivos da automedicação nos participantes foram:

- Género (cinco estudos reportaram maior prevalência nas mulheres e oito reportaram igual prevalência em homens e mulheres);
- Idade mais avançada;
- Maior nível de escolaridade;
- Maior estatuto socioeconómico (9).

A variação na prevalência da automedicação presente na literatura pode resultar de vários fatores, como as diferenças na definição de automedicação, os produtos considerados (por exemplo, inclusão ou exclusão de produtos de uso tópico, suplementos alimentares e medicamentos à base de plantas), o período a que se reporta a prática da automedicação (por exemplo, última semana, mês ou ano), o instrumento de recolha de dados (inquéritos, entrevistas) e o local onde os participantes são recrutados (na farmácia, noutros locais de venda de MNSRM, em casa). Contudo, a frequência desta prática é

inegável, em particular nas jovens adolescentes, o que poderá influenciar os padrões de automedicação, prevendo-se um aumento da prevalência desta prática na idade adulta, como é aliás referido na revisão efetuada por Shehnaz *et al* (8).

Relativamente à prevalência da automedicação em Portugal, Cruz *et al.* em 2015 (10), identificaram quatro estudos a nível urbano, rural e local, envolvendo um total de 7 487 participantes. À semelhança do observado em estudos internacionais, a prevalência estimada da automedicação apresentou uma ampla variação (21,5% a 91,3%), mas configura uma prática comum. Os métodos nestes estudos variaram entre inquéritos por entrevista e inquéritos por questionário (10).

1.3. Aspetos regulamentares e de mercado em Portugal

O estatuto do medicamento, consagrado no Decreto-Lei n.º 176/2006, define medicamento como “toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas”. De acordo com este diploma, os medicamentos de uso humano são classificados de acordo com os seus pré-requisitos para dispensa ao público como medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) e medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) (11).

Um MNSRM é um medicamento que foi considerado pelas entidades competentes em condições normais, de risco diminuto para a saúde, e que se destina ao tratamento de situações clínicas passageiras e sem gravidade, que se incluem na lista das situações passíveis de automedicação, incluídas no Despacho n.º 17690/2007 (4). Os MNSRM são aqueles que de acordo com o Artigo 115.º do Decreto-Lei n.º 176/2006: não preenchem nenhuma das condições previstas no Artigo 114.º (referente a MSRM) e que não são comparticipáveis (salvo em casos de exceção) (11).

Os canais de venda em Portugal de MNSRM são as farmácias e os locais de venda de MNSRM, independentes ou pertencentes a cadeias comerciais.

Em Portugal foi introduzida em 2013 uma nova subcategoria de MNSRM de dispensa exclusiva em farmácia (MNSRM-EF), através do Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de setembro. Esta nova subcategoria ao eliminar a necessidade de uma receita médica, ajuda a aumentar o acesso ao tratamento, reduzindo o tempo e custo associado à obtenção de uma receita médica.

Um estudo efetuado por Gonçalves *et al.* em 2016 (12), analisou os medicamentos classificados como MNSRM-EF ou equivalente em sete países europeus: UK, Dinamarca, Suécia, Noruega, Itália, República Checa e Portugal, com o intuito de sugerir por denominação comum internacional (DCI), uma lista de medicamentos que poderiam ser incluídos nesta subcategoria. Após excluir as DCI não comercializadas em Portugal e as DCI já classificadas como MNSRM ou MNSRM-EF, foram sugeridos 58 novos medicamentos por DCI, particularmente medicamentos para uso gastrointestinal ou metabolismo, medicamentos com efeito no aparelho respiratório, antifúngicos de uso tópico e analgésicos. Reconhecida a vantagem desta nova subcategoria sobre os tradicionais MNSRM, nomeadamente a supervisão e capacidade de indicação farmacêutica, o seu uso em Portugal é ainda diminuto comparando com outros países europeus, sendo que para garantir um uso responsável e seguro dos medicamentos é sugerido a transposição de vários MNSRM para MNSRM-EF. Adotando a experiência destes países analisados e reconhecendo o potencial desta nova subcategoria e seus benefícios, esta poderia ser igualmente expandida pela desregulamentação de alguns MSRM para MNSRM-EF (12).

Em países como o Reino Unido, Austrália e Nova Zelândia existe um crescimento mais pronunciado e maduro da desregulamentação de MSRM para MNSRM-EF, sendo que são relatadas experiências positivas da desregulamentação do oseltamivir (um antivírico indicado no tratamento da gripe), do cloranfenicol tópico (um antibiótico usado na conjuntivite bacteriana) e do trimetoprim (um antibiótico usado no tratamento da cistite não complicada em mulheres) (13–15). Estes medicamentos têm todos o estatuto de MSRM em Portugal.

Tem sido registada uma crescente tendência da automedicação, o que se traduz num maior uso de MNSRM: na Europa, em 2008 os MNSRM registaram pela primeira vez um crescimento em valor superior aos medicamentos prescritos (MSRM) (16).

Em Portugal, a análise das vendas anuais de MNSRM, disponíveis no site da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. (INFARMED I.P.) desde o ano de 2007 até 2017 revela uma tendência de crescimento (de 37.653.000 embalagens para 40.941.000 embalagens, correspondente a um crescimento de 8,03%), conforme se pode observar na Figura 1. Em valor, desde a liberalização do mercado dos MNSRM, o crescimento é bastante mais acentuado evoluindo desde 181 032 968€ em 2007 para 303 800 074€ em 2017, num total de 122 767 000€ (40,41%), quase duplicando o valor. Relativamente à evolução de MSRM neste período houve um decréscimo em unidades de 217 868 000 em 2007 para 207 256 000 em 2017 (-4,87%) e em valor de 3 118 840 000€ em 2007 para 2 302 670 000€ em 2017 (-26,17%) (17–27).

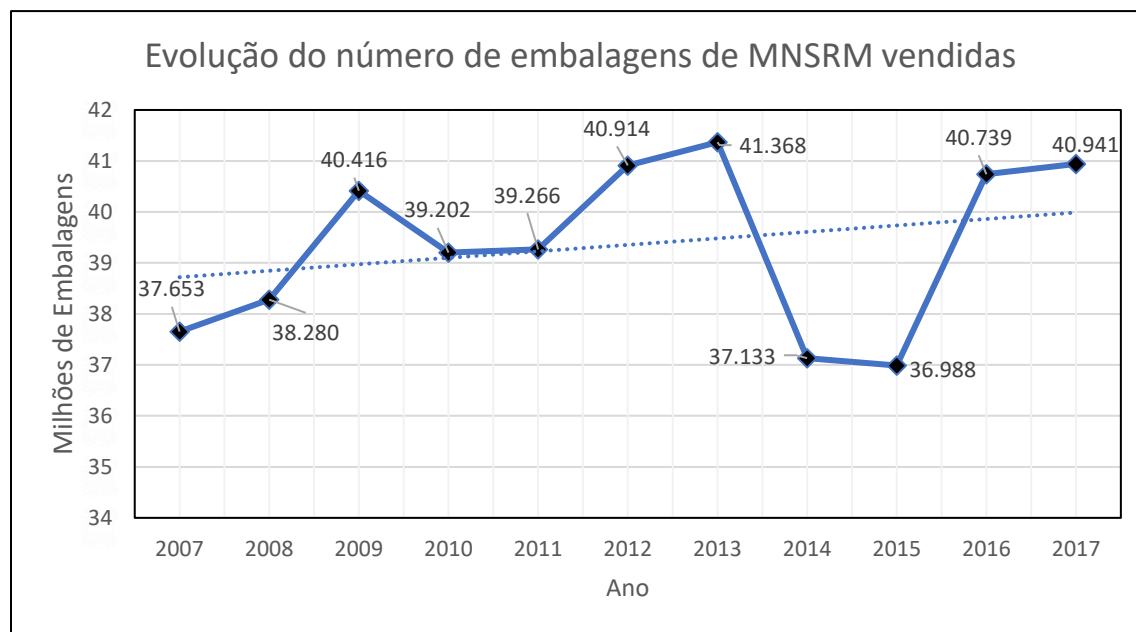


Figura 1 - Evolução do número de embalagens de MNSRM vendidas em Portugal (17–27).

1.4. Benefícios da automedicação

A automedicação, quando efetuada de forma consciente e responsável, poderá traduzir-se em benefícios para os vários intervenientes: indústria farmacêutica, consumidores e sistema de saúde.

A mudança de estatuto para MNSRM, permite à indústria farmacêutica estender o ciclo de vida dos seus medicamentos e antecipar a competição no mercado de genéricos (28). Esta mudança de estatuto para MNSRM permite igualmente, a disponibilização mais ampla do medicamento, a publicidade junto do público e potencialmente o aumento das vendas (28).

Por outro lado, dois estudos efetuados no Reino Unido com um total combinado de 1421 participantes (656 provenientes de consultas de medicina geral, 631 provenientes de consultas de emergência e 134 de interações na farmácia comunitária), elencam o desperdício que atualmente ocorrem, nos serviços de saúde, identificando várias situações de doenças de menor gravidade passíveis de automedicação e resolução em contexto de farmácia comunitária, permitindo diversos benefícios para o consumidor tais como, maior satisfação e qualidade de vida no contexto da resolução dos problemas de saúde menores de forma rápida e conveniente, evitando o tempo de espera da consulta de medicina geral ou nos serviços de emergência e o respetivo encargo (29,30).

O estudo de Fielding *et al.* de 2015 (29), em que foi analisado o sumário das consultas em medicina geral e nos serviços de emergência por dois painéis de peritos, de acordo com uma técnica de consenso, determinou que 65 das 494 consultas de medicina geral analisadas (13,2%) e 29 das 550 consultas nos serviços de emergência (5,3%), poderiam ter sido geridas no contexto da farmácia comunitária. Tendo em conta estes resultados, a potencial diminuição de custos em resultado da resolução de doenças de menor gravidade em contexto de maior encargo (medicina geral e emergências em Inglaterra e na Escócia), poderia eventualmente atingir mil milhões de libras anuais (29).

No estudo de Watson *et al.* de 2015 (30), efetuado através de estudo coorte prospetivo, utilizando como instrumento de recolha de dados três questionários de autorreporte, houve indícios de maior satisfação em farmácias (68,5%) e consultas de medicina geral (66,2%), comparando com as consultas nos serviços de emergência (53,3%). Houve, igualmente, indícios de maior qualidade de vida autorreportada (segundos os parâmetros analisados) para as interações nas farmácias comunitárias. Este estudo determina que o autocuidado é o modo preferido dos utentes de resolverem os seus problemas de saúde menores e passíveis de serem tratados por automedicação, sendo que as farmácias apresentam várias vantagens por serem mais convenientes, permitirem um maior acesso, reduzirem custos e evitarem tempos de espera. As farmácias são um recurso subutilizado na resolução deste tipo de problemas de saúde menores, é portanto sugerido, que intervenções para promover a automedicação assistida para resolução de problemas de saúde menores sejam incentivadas (30).

A revisão efetuada por Cohen *et al.* de 2013 (28), foi desenhada com o intuito de analisar o impacto económico da desregulamentação de MSRM para MNSRM e propor diretrizes para melhorias em futuras mudanças de estatuto. Esta revisão incluiu estudos de desregulamentações (MSRM para MNSRM) de 1995 a 2010, em várias situações, incluindo: alergia, hipercolesterolemia, gastroenterologia, contraceção, virologia, entre outras. Foram considerados doze estudos com avaliações económicas das passagens de MSRM para MNSRM (dez nos Estados Unidos da América e dois europeus). Vários benefícios foram identificados resultantes das desregulamentações tais como: menos visitas ao médico, menos visitas às urgências, menos hospitalizações e diminuição do absentismo laboral, sendo que 75% dos modelos analisados preveem poupanças para pagadores (sistema de saúde, seguro, etc.) e consumidores. Com base nos potenciais benefícios foram propostas orientações gerais a considerar no processo de desregulamentação de MSRM para MNSRM, sendo importante considerar se a desregulamentação é apropriada em função: da doença em questão, do medicamento em questão, da população alvo, tendo em conta a epidemiologia e prevalência da doença e considerados os resultados esperados de saúde, incluindo a efetividade e os efeitos adversos, os custos diretos e indiretos associados, o comportamento dos doentes e o risco de uso inadequado (28).

Os problemas de saúde menores colocam um peso significativo nos recursos de saúde, sendo que estratégias para resolver estas situações em farmácias, poderão permitir a otimização dos sempre escassos recursos humanos e financeiros do serviço nacional de saúde (29–31).

1.5. Riscos da automedicação

Apesar dos benefícios identificados para os vários intervenientes a automedicação acarreta importantes riscos a ter em consideração, entre os quais interações medicamentosas, uso inadequado ou abuso dos MNSRM, hospitalizações e urgências em resultado de intoxicações intencionais e acidentais, e reações adversas medicamentosas (RAM).

O diagnóstico incorreto, a escolha inadequada da terapêutica medicamentosa, o uso inadequado de MNSRM (por exemplo, dose ou duração incorretas) e a possibilidade de abuso ou dependência, são problemas frequentes da automedicação (1,32). Os MNSRM devem ser, portanto, medicamentos com um elevado perfil de segurança e serem reservados para situações passageiras (não crónicas), fáceis de identificar e gerir (1,32).

Eichhoff *et al.* de 2012, realizaram um estudo em 109 farmácias comunitárias alemãs com o objetivo de quantificar problemas relacionados com os medicamentos (PRM) em automedicação (33). Foram documentados 12 567 casos, sendo que 2206 (17,6%) apresentavam PRM (33). Os quatro PRM mais comuns foram: automedicação inapropriada (29,7%), medicamento solicitado inapropriado (20,5%), duração prevista do uso do medicamento demasiado elevada incluindo casos de abuso (17,1%) e dose errada (6,8%) (33).

Um risco frequentemente associado ao uso de MNSRM são a possibilidade de interações medicamentosas; esta é uma preocupação antiga, sendo que Turner e Alto em 1972 já se preocupavam com esta temática particularmente as interações entre MNSRM e medicamentos prescritos (34).

Em 1995 contabilizando um aumento considerável ao longo do tempo do uso e disponibilidade de MNSRM, Honig e Gillespie chamaram a atenção para vários grupos terapêuticos de MNSRM passíveis de resultar em interações com medicamentos prescritos, danosas para o consumidor, nomeadamente:

antiácidos, anti-histamínicos H₂, anti-inflamatórios não esteroides, medicamentos para tosse, constipações, alergias e medicamentos para o tratamento da asma (35). Sihvo *et al.* em 2000, confirmaram posteriormente que ocorrem interações medicamentosas significativas e os riscos aumentam consoante o número de medicamentos prescritos que o consumidor toma (36). Indermitte *et al.* em 2007, reportam um risco acrescido para clientes de passagem (em oposição a clientes fidelizados a uma farmácia), pois os farmacêuticos desconhecem os medicamentos prescritos que estes possam tomar regularmente (37).

Um estudo de Yoon *et al.* em 2006, efetuado no estado da Florida (EUA), reportou que num grupo de 58 mulheres idosas, 80% tomava 5 ou mais medicamentos, incluindo MSRM, MNSRM e fitoterapêuticos (chás), sendo que em 27,6% este número chegava mesmo a 10 medicamentos (38). Pelo menos uma interação de risco moderado ou alto foi encontrada entre os diversos tipos de medicamentos em 43 participantes (74%) (38). Em cerca de 56 interações de alto risco registadas, 27 eram entre MSRM e MNSRM (ex. indometacina e ácido acetilsalicílico) e 8 entre MSRM e fitoterapêuticos (ex. fentanilo e hipericão). Foram registadas ainda 10 interações de alto risco entre MNSRM e fitoterapêuticos (ex. ibuprofeno e ginkgo biloba) e 7 entre MNSRM e outros MNSRM (ex. ácido acetilsalicílico e ibuprofeno) (38).

Os resultados presentes na literatura apontam todos sensivelmente no mesmo sentido no que diz respeito à existência de interações entre medicamentos prescritos e MNSRM (36,37,39,40).

Mais recentemente em 2013, Olesen *et al.* realizaram um estudo prospetivo entrevistando em casa 309 participantes idosos (média de idades 75 anos) sobre o uso de medicamentos prescritos, MNSRM, suplementos, chás e outros (41). O uso de MNSRM foi mais frequente em mulheres (41). Este estudo corrobora os anteriores, sendo que os casos mais frequentes de interações ocorrem entre medicamentos prescritos e MNSRM, resultando em 154 interações identificadas, por oposição a 12 interações identificadas entre dois MNSRM (41). 50% (114) dos participantes a consumir MNSRM experienciaram pelo menos uma interação (num intervalo identificado entre 1 e 3 interações por pessoa) (41).

O tipo de uso inadequado mais evidente na literatura de MNSRM é o seu uso persistente para além do tempo recomendado (42–45). Um MNSRM frequentemente associado a situações de uso persistente e abuso é a codeína (42–45).

Num estudo qualitativo de entrevistas telefónicas a 25 adultos, efetuado no Reino Unido em 2013, foi detetado uso inadequado e abuso no uso de MNSRM (42). Estes medicamentos quase na sua totalidade iniciados por razões médicas válidas, resultaram na habituação a estes MNSRM pelo prolongamento da toma (contra as recomendações destes medicamentos que se destinam a situações passageiras) (42). Foram detetados três tipos de uso inadequado e abuso de MNSRM neste estudo, uso para além da duração prevista mas nunca acima da dose diária recomendada, uso ligeiramente acima da dose diária recomendada frequentemente em analgésicos (por vezes até por interações entre MNSRM e medicamentos prescritos), e um terceiro grupo mais raro que descreve atividade criminal relacionado com a sua dependência (roubos), com este último grupo a apresentar problemas maiores de saúde decorrentes da sua habituação (por exemplo, hemorragias gástricas) e um consumo acentuadamente maior (42).

Um estudo de maior dimensão efetuado em França em 2013, com 295 clientes, corroborou os resultados do estudo no Reino Unido, descrevendo uso inadequado, abuso e uso persistente de MNSRM, particularmente paracetamol, codeína (isolada e em combinação com paracetamol) e anti-histamínicos H1 (43).

A prevalência de situações sazonais, como o período de maior incidência de gripes e constipações, pode igualmente contribuir para um uso inadequado de MNSRM, especialmente no que diz respeito ao paracetamol, uma vez que esta substância ativa é bastante comum nos MNSRM de composição múltipla comumente utilizados neste período (46).

Os anti-inflamatórios não esteroides (AINE) são igualmente um grupo terapêutico que apresenta números preocupantes de uso inadequado, especialmente a toma para além da dose diária máxima (47). Um estudo americano (2018) com um questionário online feito a 1326 consumidores de ibuprofeno, revelou uma sobredose diária em cerca de 11% dos participantes para ibuprofeno e 4% dos participantes para outros AINE (incluindo sujeitos e não sujeitos a receita médica) (47).

Uma revisão da literatura nesta temática evidenciou que existem ainda lacunas no conhecimento do uso inadequado e abuso de MNSRM, destacando particularmente falta de métodos qualitativos para explorar a perspetiva individual, falta dados quantitativos fidedignos, falta de intervenções devidamente implementadas e avaliadas, falta de dados para o emergente mercado online e falta de consenso sobre a terminologia adequada (45). Estes dados são cruciais para tomar decisões políticas informadas, regulamentando e desenhando intervenções adequadas para lidar com estas situações (45).

Existe igualmente um risco de intoxicações intencionais ou acidentais, sendo as acidentais ou ocasionais mais frequentes em crianças (48–50). Um estudo canadiano, reporta que entre 2004 e 2005, 7091 crianças menores que 12 anos tiveram hospitalizadas de urgência devido a intoxicações acidentais com MNSRM usados para constipações e tosse, e 6% de todas as urgências reportadas devido a RAM (48). Destes 7091 casos, 66% deveram-se ao uso do medicamento sem supervisão de adultos e 25% ocorreram com o medicamento administrado de forma adequada, mas com resultados indesejados (48). Tendo em conta a ausência de dados terapêuticos da mais valia de MNSRM para a tosse em crianças pequenas, o uso destes é desaconselhado por vários investigadores (48–50).

Um exemplo de intoxicações intencionais é o abuso do paracetamol, responsável por muitas mortes e causa frequente de hepatotoxicidade. Este fármaco é igualmente comum nas tentativas de suicídio por autoenvenenamento. No Reino Unido, a legislação para reduzir a quantidade máxima de comprimidos em medicamentos com paracetamol permitiu uma redução de 765 mortes (43%) num período de 11 anos, registando-se logo após a entrada em vigor uma diminuição de 25% (51).

Em França, um estudo efetuado numa base de dados de farmacovigilância, foram reportadas entre 2008 e 2014, 160 RAM (de 12 365) derivadas de automedicação com 186 medicamentos (92 previamente prescritos pelo médico e depois usados sem prescrição médica e 94 MNSRM) (52). Destas 160, 122 foram de maior gravidade sendo que, 91 deram origem a hospitalizações, 6 a situações de quase morte e 1 morte. As mais frequentes RAM reportadas foram gastrointestinais (náuseas, vómitos e dores) (52).

Um estudo observacional descritivo em 2013, de orientação prospetiva, realizado ao longo de oito semanas em onze serviços de urgência de hospitais franceses, identificou que a maioria (84,4%) dos 3027 doentes incluídos se tinham automedicado nas duas semanas anteriores ao episódio de urgência, designadamente com medicamentos não prescritos (63,7%; 1927 doentes) (53). A taxa de RAM observada

foi cerca de 1% (17/1927), destacando-se uma associação significativa aos analgésicos. No entanto, não é possível atribuir as RAM nestes 17 doentes apenas a MNSRM, uma vez que em “medicamentos não prescritos” os investigadores incluíram também medicamentos sujeitos a receita médica a que os doentes tinham acesso (53).

Num estudo alemão, de desenho similar ao anterior, foram focadas as hospitalizações que decorreram de RAM ocorridas no decurso da automedicação usando MNSRM e medicamentos sujeitos a receita médica (54). Num período de oito anos (2000 a 2008) foram hospitalizados 6887 doentes devido a RAM. Em 4% dos doentes as RAM deviam-se a automedicação (266/6887) e em 2% deviam-se automedicação com MNSRM (143/6887). Em 14 doentes as RAM resultaram de medicamentos que os investigadores classificaram como potenciais MNSRM, substâncias ativas com estatuto simultâneo de sujeito e não sujeito a receita médica no mercado alemão (ex. ibuprofeno 400 mg) (54). Neste estudo, os medicamentos que mais frequentemente foram associados a hospitalizações são o ácido acetilsalicílico (45 doentes), o diclofenac e o ibuprofeno (22 doentes cada), associações em dose fixa de paracetamol (16 doentes) e de ácido salicílico (7 doentes) (54).

Relativamente a RAM com MNSRM, o grupo dos analgésicos parece estar na origem da maior parte das hospitalizações, sendo provável que certos grupos terapêuticos sejam mais problemáticos que outros, e essa preocupação deve ser transmitida aos consumidores em geral pelos profissionais de saúde na sua prática profissional (53–55).

Tendo em conta todos os potenciais riscos, é importante garantir que os consumidores possuem informação sobre a situação clínica em causa e os MNSRM que utilizam; a assistência por um profissional de saúde de fácil acesso pode facilitar este processo.

1.6. Papel da farmácia e farmacêutico na automedicação assistida

As farmácias comunitárias portuguesas, possuem uma posição privilegiada junto dos consumidores, quer pela sua disponibilidade imediata de profissionais com formação universitária na área do medicamento (farmacêuticos), quer pela confiança que os consumidores depositam nas farmácias (56–58). É essencial que o desenvolvimento do mercado dos MNSRM seja acompanhado pela educação dos utentes para a saúde e uso racional dos medicamentos, desempenhando o farmacêutico uma função fundamental neste processo (32,58).

Várias organizações nacionais e internacionais preconizam o envolvimento do farmacêutico na automedicação assistida.

A Organização Mundial de Saúde defende que o farmacêutico deve atuar ao nível da avaliação da situação, da seleção do tratamento, do aconselhamento e do seguimento do consumidor, limitando os potenciais riscos associados à automedicação (2). A Ordem dos Farmacêuticos defende uma posição similar. Uma automedicação mais eficaz dependerá do empenho dos farmacêuticos na monitorização, seguimento e melhoria do aconselhamento em MNSRM.

Durante o serviço de dispensa de MNSRM a escolha adequada deste deve ser precedida de uma correta avaliação da patologia menor em causa, questionando sobre quem é a pessoa afetada, descrição de sintomas, duração, medicamentos já tomados para a situação, outros medicamentos que possa tomar (WWHAM) e outras informações (tais como possíveis alergias) e seguidamente transmitir várias informações relevantes, tais como: posologia, possíveis interações e efeitos secundários, precauções e contraindicações e em que situações se deve recorrer a um profissional de saúde (médico ou farmacêutico) (2). Os MNSRM são seguros e eficazes quando utilizados de acordo com as suas indicações, o correto uso dos mesmos requer a capacidade do consumidor se autodiagnosticar e compreender a informação que consta no folheto informativo, e o farmacêutico pela sua pronta disponibilidade tem o dever de auxiliar os consumidores nestas tarefas (1,2). A utilização de MNSRM deverá ser limitada no tempo e de acordo com a sua aprovação e informações constantes no folheto informativo, não devendo exceder um período superior a 7 dias (situações passageiras), apesar de variar de acordo com as

circunstâncias (57,59). A automedicação não é recomendada em certos grupos populacionais, onde o risco é acrescido, como no caso dos bebés, grávidas e lactantes.

A ordem dos farmacêuticos (OF) preconiza igualmente o envolvimento do farmacêutico na automedicação (automedicação assistida), sendo que o documento “As Boas Práticas de Farmácia” (BPF) reúne um conjunto de recomendações gerais que se destinam a ser aplicadas na farmácia comunitária e que se revelam de extrema utilidade para que os farmacêuticos possam garantir a qualidade dos serviços que prestam (60). Este documento apresenta uma norma específica para a situação de automedicação, que contém sugestões para a correta avaliação das necessidades do utente. Segundo esta norma, o farmacêutico deve assegurar-se de que dispõe de suficiente informação para avaliar corretamente o problema de saúde do utente, devendo questionar quais os sintomas, há quanto tempo persistem e se já foi tomada medicação. O farmacêutico terá de avaliar se os sintomas podem ou não estar associados a um problema grave, devendo neste caso encaminhar o utente ao médico. No caso de patologias menores, deverá ser prestada informação adequada ao utente e nos casos adequados devem ser dispensados MNSRM, mediante uma correta avaliação, seleção e aconselhamento (60).

1.7. Desempenho das farmácias na automedicação assistida

Os dados nacionais disponíveis indicam que o desempenho das farmácias fica frequentemente aquém do papel que lhe é atribuído pelas políticas de saúde. Dois estudos efetuados pela associação portuguesa para a defesa do consumidor (DECO) em situações passíveis de automedicação, como a do Alli®, o primeiro medicamento para emagrecer não sujeito a receita médica, e a da contraceção oral de emergência (COE), evidenciam um desempenho sub-ótimo (61,62).

Relativamente ao estudo do Alli® em 2010, este foi dispensado em 43 de 48 locais visitados (36 farmácias e 12 locais de venda de MNSRM), sem que este fosse útil ou necessário (61). As clientes mistério apresentavam-se com mais de 18 anos e sem problemas de saúde, nem excesso de peso (IMC de 21). Dos 43 locais que dispensaram o Alli®, nunca foi perguntado a altura nem o peso necessários para calcular o IMC e analisar se o Alli® era indicado (IMC igual ou superior a 28) (61). Em 29 locais nada foi perguntado sobre o estado de saúde das consumidoras ou medicamentos que tomassem, a informação sobre a toma correta foi abordada em 25 locais e os efeitos secundários em 11 (61).

No âmbito do outro estudo efetuado pela DECO, na área da COE em 2011, foram visitados 118 locais: 78 farmácias, 35 centros de saúde e unidades de saúde familiar, e 5 gabinetes de saúde juvenil do instituto português da juventude, por jovens entre os 14 e 18 anos (62). Estas jovens afirmavam ter tido relações sexuais na noite anterior, sem usar preservativo ou tomar a pílula, sendo que pretendiam evitar a gravidez (62). A maioria das farmácias limitou-se a vender o medicamento sendo que a prática prevista na norma de intervenção farmacêutica na COE não foi realizada na sua íntegra. Vários critérios devem ser avaliados através de um questionamento adequado antes de fornecer a pílula: os profissionais devem excluir a possibilidade de a jovem já estar grávida, a utente deve ser avisada que a toma deverá ser feita num prazo até 72h e quanto mais célere maior é a eficácia, a jovem deve ser alertada que poderá engravidar se tiver relações desprotegidas após tomar a pílula do dia seguinte, sendo que é igualmente uma oportunidade para falar em contraceção, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, e se necessário, encaminhar para a consulta de planeamento familiar (62,63). Numa escala de 5 valores (de muito bom a mau), das 78 farmácias auditadas cerca de metade (37) viu o seu desempenho classificado como medíocre ou mau; em 30 destas farmácias o desempenho foi considerado médio, e uma minoria (11) destacou-se pela positiva (62).

Apesar de existirem indícios de uma prática farmacêutica insuficiente na automedicação assistida, são necessários mais estudos (e de preferência de maior dimensão) nesta área, particularmente nas situações mais frequentes de automedicação e nos MNSRM mais utilizados. É necessário compreender o que separa uma prática de excelência de uma prática medíocre, e mais importante ainda, conhecer os fatores que poderão influenciar uma melhoria significativa da prática.

O panorama internacional é, no entanto, heterogéneo no que diz respeito à atuação de farmácias e farmacêuticos na dispensa de MNSRM, como evidenciado pela Tabela 1. Por exemplo, um estudo

QualMed: Desenvolvimento de uma intervenção com aplicação do Balanced Scorecard com vista à melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

efetuado no Reino Unido revelou que, em média, 83% dos atendimentos referentes a patologias passíveis de automedicação demonstraram deficiente avaliação ou aconselhamento (64). O estudo demonstrou ainda que cerca de dois terços dos atendimentos obtiveram uma classificação insuficiente de acordo com as normas da Royal Pharmaceutical Society of Great Britain (RPSGB) (64). Os resultados verificados por Watson e colaboradores encontram par na literatura em estudos de outros autores (65–67).

Resultados satisfatórios foram observados na literatura em estudos com metodologias semelhantes (68–70), sendo que no estudo de Anderson e Bissel de 2004, o resultado esperado de aderência ao protocolo farmacêutico previsto para a contraceção oral de emergência foi largamente confirmado nas 20 visitas (68).

Um estudo efetuado mais recentemente no Reino Unido demonstra que o padrão de avaliação impacta substancialmente no resultado obtido, sendo que fica patente a necessidade de desenvolver padrões de qualidade para que a prática possa ser coerente, justa e avaliada com precisão (71).

Tabela 1 - Estudos doente simulado com ocultação

Estudo	País	Amostra	Nr Cenários (PbS/SbS) ¹	Visitas	Treino dos Clientes Mistério	Resultados (de acordo a análise proposta)
Alte, 2007 (65)	Alemanha	Simple Randomizada	1 SbS e 1 PbS	292	Revisão e <i>Role-play</i>	Boa espontaneidade em oferecer conselhos sobre a medicação (83%), insuficiente deteção de interações medicamentosas (30%); Farmácias Pequenas = Farmácias Maiores; Urbano = Rural

¹ PbS - Utente solicita um MNSRM diretamente pelo nome. // SbS - Utente dirige-se à farmácia com uma queixa.

QualMed: Desenvolvimento de uma intervenção com aplicação do Balanced Scorecard com vista à melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

Estudo	País	Amostra	Nr Cenários (PbS/SbS)	Visitas	Treino dos Clientes Mistério	Resultados (de acordo a análise proposta)
Anderson, 2004 (68)	UK ²	Conveniência	2 PbS	20	Investigador; Gravação	O protocolo da COE foi largamente aderido
Bardage, 2013 (72)	Suécia	Não mencionada	1 PbS e 2 SbS	1098	Contratados; 1 cenário por doente simulado com ocultação	9% das parafarmácias e 1% das farmácias recomendaram um medicamento inapropriado na gravidez; 6% das farmácias e parafarmácias recomendaram um medicamento inapropriado para bebés; No pedido de medicamento, 86% das parafarmácias e 93% das farmácias recomendaram um outro medicamento com paracetamol.
Chaar, 2011 (73)	Austrália	Randomizada sistematizada	1 PbS	100	Investigador	Avaliação clínica foi completa em 18%, parcial em 69% e inadequada em 13%
Inch, 2017 (71)	UK	Randomizada estratificada	4 SbS	72	10 estudantes treinados numa sessão de 4h	52 visitas (76%) ocorreram de acordo com as práticas profissionais recomendadas.
Kippist, 2011 (74)	Austrália	Randomizada	1 SbS	100	Acompanhado por investigador independente; Gravação	Conselhos não farmacológicos = 42%; Aconselhamento (0-4) = 3.1; Avaliação (0-8) = 3.6; Farmacêutico novo + Farmácia de cadeia + Acreditação = Melhores Resultados

² UK = Reino Unido

QualMed: Desenvolvimento de uma intervenção com aplicação do Balanced Scorecard com vista à melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

Estudo	País	Amostra	Nr Cenários (PbS/SbS)	Visitas	Treino dos Clientes Mistério	Resultados (de acordo a análise proposta)
Langer, 2017 (67)	Alemanha	Conveniência	2 PbS e 2 SbS	84	5 estudantes da faculdade de saúde, enfermagem e administração	Resultado de 7,7 ou 37% (1 a 21). Variabilidade ampla na avaliação de diferentes critérios: conselhos sobre efeitos secundários 0.8 ou 4% e conselhos sobre posologia 18,3 ou 87%. Melhores resultados em SbS.
MacFarlane, 2015 (70)	Austrália	Randomizada	1 SbS	223	Contratados com experiência prévia	Sintomas perguntados em 95% dos casos, o historial de medicamentos perguntado 69% dos casos, aconselhamento no uso do medicamento em 83% dos casos.
Rutter, 2004 (75)	UK	Conveniência	2 SbS	30	Investigador; <i>Role Play</i>	Resultado esperado em 7 (n=14; cenário dor de cabeça) e 8 (n=14; cenário dor abdominal)
Schneider, 2011 (66)	Austrália	Conveniência	1 SbS	155	Investigador; <i>Role Play</i>	38% das farmácias referenciaram ao médico (resultado esperado)
Watson, 2006 (76)	UK	Randomizada estratificada	3 PbS e 4 SbS	384	Contratados	Farmácias pequenas = Farmácias maiores; Urbano = Rural; Farmácia de cadeia = Farmácia sem ser de cadeia; Resultado esperado em: Pedido direto = 47%; Cenário de queixa = 69%
Weiss, 2010 (69)	UK	Conveniência	2 PbS	40	1 Investigador; 1 Cenário por doente simulado com ocultação; <i>Role Play</i>	Resultado médio para cenário 1 = 70%; cenário 2 = 57%

É importante referir que os estudos com resultados mais satisfatórios em automedicação observados pelo método de doente simulado com ocultação foram no âmbito da contração oral de emergência (COE), indiciando que a situação ou o medicamento solicitado poderá influenciar o desempenho dos colaboradores (68,69). O estudo de Kelly *et al.* de 2009, procurou a resposta a esta questão através de visitas de doente simulado com ocultação em 3 cenários (2 de medicamentos de venda obrigatória na farmácia e 1 de venda obrigatória por farmacêutico). Os resultados indicaram nitidamente maior preocupação nas visitas relativas ao medicamento de venda obrigatória por farmacêutico, sendo que conselhos acerca do uso deste foram transmitidos verbalmente em 84,9% das visitas (versus os 64,4% e 51,1% nos restantes cenários), e a avaliação feita pelo farmacêutico nestes casos foi igualmente mais completa (77). Os resultados supramencionados estão em concordância com os dados da DECO em estudos nacionais. Apesar de o estudo da COE apresentar resultados negativos, estes não são tão preocupantes como no estudo do Alli®, o que poderá sugerir que as diferenças possam ser resultado da existência de regras ou protocolos na COE que estruturam e melhoram o atendimento.

A literatura é, todavia, unanime em apontar melhores resultados em cenários de queixa, onde o utente se dirige à farmácia com uma queixa (SbS), relativamente a cenários de pedidos diretos, onde o utente solicita um MNSRM diretamente pelo nome (PbS) (64,67,72,78–80).

Fatores como tamanho da farmácia, tipo (independente, pequena cadeia ou grande cadeia) e localização (rural/urbana) não parecem ter efeito no desempenho (64,65). Contudo, um somatório de várias características como a menor idade estimada do farmacêutico, farmácia pertencente a uma cadeia e possuir um símbolo visível de acreditação, poderão ter um impacto positivo no desempenho global (74).

Apesar da literatura unanimemente apontar oportunidades de melhoria na qualidade da dispensa de MNSRM pelas farmácias, sabe-se pouco sobre as razões que explicam o desempenho sub-ótimo. Vários estudos têm-se focado na formação dos profissionais responsáveis pelo atendimento, com resultados contraditórios (81–83). Por exemplo, no estudo de Neto e colaboradores (2006) verificou-se que após uma sessão sobre automedicação com analgésicos, seguida de visitas de doente simulado com ocultação e com feedback imediato, o desempenho dos farmacêuticos treinados nestas situações, melhorou significativamente (81). Pelo contrário, num outro estudo supramencionado, na tentativa de disseminação de uma guideline para dispensa de MNSRM na área de candidíase vulvovaginal, apesar das intervenções pré e pós visita do doente simulado com ocultação, não houve impacto estatisticamente

significativo na prática profissional (82). Igualmente, Collins *et al.* em 2017, num estudo similar de intervenção com cliente mistério para treino e melhoria de qualidade no serviço de dispensa de MNSRM, obtiveram um resultado negativo na melhoria do desempenho da prática profissional da equipa da farmácia comunitária (CPT) (83).

No entanto, é pouco provável que a mudança dependa de um único fator (84). O desempenho dos farmacêuticos e outro pessoal com funções de atendimento não pode ser isolado da organização em que se inserem, e de aspetos como a cultura organizacional (85), a flexibilidade organizacional (86) e a visão empresarial (87).

QualMed: Desenvolvimento de uma intervenção com aplicação do Balanced Scorecard com vista à melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

2. Enquadramento sobre gestão em serviços de saúde e sua aplicação para o serviço de dispensa de MNSRM em farmácia comunitária

2.1. Gestão de serviços de saúde

Tradicionalmente a saúde tem sido considerada um caso especial de gestão, não sujeita a controlo de custos, subordinada ao quotidiano dos médicos e durante muitos anos sujeita à quase total ausência de gestão e engenharia (5).

Conforme define Lapão em 2007, “a gestão da saúde tem um propósito bem definido de contribuir para tornar a saúde mais eficiente e mais eficaz (utilizando os recursos onde eles têm maior impacto), isto é, contribuir para um uso dos recursos de saúde mais ‘inteligente’” (5). As organizações e serviços de saúde são organismos complexos, que devem ser capazes de lidar com o paradoxo, com a diversidade e com a incerteza, através de mecanismos de interação interna entre os profissionais (5).

A gestão de serviços de saúde é atualmente um dos maiores desafios que os países mais desenvolvidos apresentam. A escassez de recursos acentuada pela crise mundial de 2008, o envelhecimento da população espelhado pela inversão da pirâmide etária e consequente aumento de comorbilidades elevam a procura nas urgências, listas de espera e custos, o que acarreta novos desafios a uma gestão que se quer cada vez mais expedita na resolução dos processos internos dos serviços, com um serviço pontual e rápido para os utentes, com reduções de custos ou aumentos de produtividade, que permita reduções de erros, melhore a satisfação profissional e a satisfação dos utentes (5).

Para lidar com esta complexidade é necessário o uso de ferramentas de gestão modernas. O *Lean* é uma ferramenta de gestão que visa diminuir o desperdício (de recursos, de tempo, tarefas redundantes ou

pouco eficientes, entre outros), e que tem sido um exemplo de uma ferramenta de gestão utilizada nos serviços de saúde ao nível dos processos internos, alcançando resultados bastante positivos (88). O seu uso no *setting* saúde ao nível dos serviços, tem permitido uma maior eficiência dos serviços, reduzindo o número de passos num processo, reduzindo a distância que os colaboradores têm de percorrer, melhorando o entendimento por parte da equipa dos processos, melhorando o compromisso dos colaboradores, e assim permitindo ambientes de trabalho mais calmos e focados, com melhorias da colaboração entre a equipa (88).

A melhoria contínua da gestão dos serviços de saúde focando nas necessidades dos utentes, é uma necessidade primordial, tanto nos serviços públicos de saúde como nos serviços privados. Relativamente às farmácias comunitárias, o cenário nacional é particularmente sombrio, estando um cenário de melhoria contínua potencialmente afetado por atuais deficiências económicas e suscitando, portanto, melhor e mais eficiente gestão. Em 2014, 16,9% das farmácias apresentavam um cenário de inviabilidade económica (89). Uma recente notícia reporta um agravamento desta realidade tendo as farmácias em situação de insolvência triplicado em cinco anos para 630 em 2017 (21.4%) (90).

Recentemente Gregório e colaboradores mostraram as fragilidades da gestão das farmácias comunitárias e a necessidade de maior profissionalismo na gestão que possa conduzir a novos modelos de negócio (91).

Tendo em conta esta realidade é necessário cada vez mais a gestão estar próxima da estratégia (plano de atuação delineado pela gestão para se atingir os resultados definidos) e atuar não só ao nível dos processos internos, mas também na ação ao nível da organização, atuando globalmente em quatro dimensões: a financeira (e.g. passado), a dos clientes (e.g. presente), a dos processos internos e a capacidade de aprender e inovar (e.g. futuro). Este estudo pretende analisar a utilização de um método de alinhamento da gestão e equipa com a estratégia, em farmácia comunitária, através do desenvolvimento e implementação de um *Balanced Scorecard* (BSC) que enquadre um conjunto de indicadores que apoiem a gestão da qualidade do serviço.

A aplicação alinhada do BSC poderá permitir à farmácia identificar desvios de forma sistemática, podendo assim permitir a introdução de medidas corretivas para melhorar o seu desempenho nestas quatro vertentes, possibilitando por exemplo, com um menor esforço financeiro, transformar recursos em valor acrescentado para os seus utentes (92). Uma melhoria da dimensão financeira da farmácia está

intimamente relacionada com a sua capacidade da organização produzir e dessa forma melhorar os seus indicadores de controlo de gestão definidos no BSC (92).

2.2. Gestão em farmácia comunitária e importância do serviço de dispensa de MNSRM

Existe a necessidade de conhecer melhor a estrutura de custos das farmácias e portanto de efetuar mais estudos sobre os custos operacionais no quotidiano das farmácias comunitárias, relativos à prestação dos seus serviços, antecipando as vantagens com que estas poderão contribuir para a evolução dos cuidados de saúde primários (91,93,94). A evidência sugere que quando os doentes sentem que a sua condição é de menor risco, a sua primeira escolha é a visita à farmácia (30,31).

Um estudo de Gregório *et al.* em 2016, explorou nas farmácias comunitárias os custos, tempo e atividades em que se baseia o atual modelo para os serviços farmacêuticos, com o objetivo de calcular objetivamente os custos dos serviços (91). De acordo com este estudo, o serviço de dispensa de medicamentos é aquele que as farmácias alocam maiores recursos, sendo que serviços de triagem na medida de pressão arterial, glicémia e colesterol apresentam igualmente custos relevantes (91).

O estudo supramencionado refere ainda diferenças importantes nos custos de resolução na farmácia de doenças de menor risco e passageiras recorrendo a MNSRM, por oposição ao médico de família ou numa emergência de um hospital, sendo que a variação de custo é cerca de 7€ no primeiro caso e 17€ no segundo (91). A falta de protocolos de colaboração efetiva, entre as farmácias e o serviço nacional de saúde (SNS), como existe por exemplo no Reino Unido, impede a recolha de importantes poupanças para o SNS e em última instância o utente (91). Contudo, existem estudos pilotos que visam obter futuramente protocolos de cooperação entre os cuidados de saúde primários e as farmácias portuguesas (95).

A evidência sugere que existe uma clara oportunidade das farmácias melhorarem a gestão dos seus serviços, especialmente otimizando o serviço de dispensa, tanto de MSRM como MNSRM (91). Igualmente uma abordagem focando a inovação e aprendizagem poderá facilitar a implementação de serviços de cuidados farmacêuticos a baixo custo, interessantes para os clientes e estado, conhecendo a baixa capacidade de investimento financeiro nos serviços públicos por um lado, e interessantes para as farmácias por outro. Dados os constrangimentos financeiros, as farmácias procuram fluxos de receita adicionais (91). Esta oportunidade poderá ser facilitada e otimizada, através do uso de uma ferramenta de gestão como por exemplo o BSC.

2.3. Gestão da qualidade de serviços e cultura organizacional

A gestão da qualidade inclui todos os processos necessários para garantir que o projeto satisfará os requisitos para o qual foi realizado. Assim, inclui todas as atividades da função global de gestão que determinam as políticas, objetivos e responsabilidades da qualidade, e as implementações dentro do sistema da qualidade através do planeamento da qualidade, controlo da qualidade e garantia da qualidade (96).

Existe evidência que sugere que a cultura organizacional poderá ser um fator relevante na qualidade da provisão de serviços de saúde (97,98). Igualmente a cultura organizacional parece melhorar a eficácia e inovação da farmácia (85).

Cultura e clima organizacional possuem muito em comum, mas segundo Scott e colaboradores a primeira implica uma análise mais profunda dos valores e pressupostos ao invés das perceções (97). A cultura organizacional é partilhada por um grupo de membros de uma organização, em vez da multiplicidade de perceções individuais que constituem o clima organizacional (97).

Os denominadores comuns da cultura organizacional são uma panóplia de fenómenos sociais incluindo o *dress code*, linguagem, comportamento, crenças, valores, pressupostos, símbolos de status e autoridade, mitos, cerimónias e rituais, e modos de deferência e subversão, todos os quais ajudam a definir o carácter e normas de uma organização (99). Devido à sua simplicidade e abrangência destaca-se a definição de

Smircich: “a cultura serve como um dispositivo para entender o que pode guiar e moldar o comportamento” (98). Na literatura de cuidados de saúde a definição mais citada é de Edgar Schein: “Um padrão de pressupostos básicos compartilhados que foi aprendido por um grupo, uma vez que resolveu os seus problemas de adaptação externa e integração interna, funcionou suficientemente bem para ser considerado válido e, portanto, para ser ensinado aos novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas” (85).

Para determinar quantitativamente a mudança em comportamento organizacional de cuidados de saúde, é necessário compreender os processos do pensamento que originam esse comportamento, tanto ao nível consciente como subconsciente (99). É aqui que uma análise em profundidade da cultura organizacional poderá ser produtiva. Os defensores da alteração estratégica da cultura organizacional normalmente fazem uma série de suposições implícitas:

1. As organizações de saúde possuem culturas discerníveis que afetam a qualidade e desempenho;
2. Apesar das culturas serem resistentes à mudança são até certo ponto, maleáveis e controláveis;
3. É possível identificar determinados atributos que facilitam ou inibem o bom desempenho e os gestores devem projetar estratégias para uma mudança cultural que contemple esses atributos;
4. Considera-se que os benefícios decorrentes a partir da mudança superam quaisquer consequências disfuncionais (99).

Schein produziu uma *framework* de cultura organizacional com 3 níveis de crescente importância, 1: Artefactos – as mais visíveis manifestações de cultura (ex. padrões observáveis de comportamento dentro das organizações), 2: Crenças e Valores – crenças e valores defendidos, usado para justificar determinados padrões de comportamento, 3: Pressupostos – o não dito, crenças inconscientes, valores e expectativas (97). Existem 2 principais vantagens do uso desta abordagem. Em primeiro lugar, a utilização de plataformas teóricas robustas e sistemáticas permite apoiar a investigação da prática farmacêutica, facilitando a compreensão de como diferentes características da cultura organizacional poderão

influenciar o desempenho (85,98). Em segundo lugar, tanto os farmacêuticos como outros *stakeholders* principais percecionam os fatores relacionados com a cultura organizacional como barreiras significativas para avançar com novos serviços (85).

A dispensa de MNSRM pode ser conceptualizada como um serviço farmacêutico: à venda de um produto está conectada a utilização de competências técnicas de avaliação da situação, seleção do tratamento, aconselhamento e seguimento do consumidor. A literatura sobre os serviços farmacêuticos indica que os fatores organizacionais são frequentemente menosprezados (84,98). Contudo, na literatura revista para este trabalho não se encontrou referência ao desempenho das farmácias no serviço “dispensa de MNSRM” em relação ao contexto organizacional. Esta afigura-se, portanto, como uma área pouco examinada, mas auspiciosa para melhorar a qualidade das CPT neste serviço.

Não se conhece literatura que enquadre a dispensa de MNSRM no contexto organizacional e levando em conta a vertente de gestão da qualidade de serviço que a farmácia comunitária encerra, enquanto unidade de saúde privada.

2.4. Instrumentos de gestão

Instrumentos de gestão são ferramentas que possibilitam a otimização de operações de saúde como por exemplo: planeamento de saúde e de serviço de saúde, logística e gestão de recursos humanos (96).

A importância do planeamento em saúde dificilmente pode ser sobrestimado, em especial atualmente, dado que providenciar um serviço adequado de saúde continua a ser uma preocupação fundamental da maioria dos países (96). Na gestão em saúde, o agendamento de doentes, a alocação e agendamento de recursos (incluindo recursos humanos) e a logística são provavelmente os problemas de gestão em saúde mais amplamente reconhecidos (96), sendo a gestão de recursos humanos fundamental para uma resposta pronta e adequada às necessidades dos doentes. A logística na área da saúde preocupa-se fundamentalmente com a definição de parâmetros para os níveis de stock (principalmente de produtos de saúde) e alocação de recursos (96).

Para efetuar uma gestão eficiente dos serviços de saúde é útil alinhar o instrumento de gestão para os resultados estratégicos que pretendemos obter e para tal é necessário conhecer as diferentes valências das ferramentas de gestão ao nosso dispor. Das ferramentas com mais potencial no contexto da saúde, destacam-se o *Lean*, a análise SWOT e o BSC (92,100–102).

O *Lean* na gestão da saúde representa uma oportunidade para fomentar a centralidade no doente, o respeito pelos profissionais e a qualidade nos serviços de saúde (100). O *Lean* é “um compromisso de mudança da cultura da organização, com a aplicação do método científico para continuamente melhorar os processos de trabalho desenvolvidos pelas equipas clínicas, criando valor concreto para os doentes” (101). Ao nível dos serviços de saúde esta ferramenta permite otimizar os processos internos da organização, inovando ao nível da gestão (100). O *Lean* ajuda a estabelecer o princípio de “fazer mais com menos”, sendo a gestão *Lean* um sistema integrado de princípios e de ferramentas de base científica voltadas para a análise dos processos e redução do desperdício, sincronização e redução da variabilidade dos processos de trabalho, com o objetivo de melhorar a qualidade e eficiência (100).

A análise SWOT é uma ferramenta de diagnóstico que consiste numa lista organizada dos pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças de uma organização (102). Os pontos fortes e pontos fracos são condicionantes internos à organização que podem ser alterados consoante a dedicação de tempo e trabalho para obter alteração de paradigma de acordo com a estratégia da organização (102). Oportunidades e ameaças são externas à organização (por exemplo: fornecedores, competidores, preços...), existem no mercado e o gestor não as pode alterar (102). Uma organização pode utilizar a análise SWOT, em qualquer momento, para avaliar as constantes alterações no seu meio ambiente (especialmente no que diz respeito aos condicionantes externos) e poder assim responder proactivamente (102).

Um BSC poderá ser utilizado pela farmácia para contextualização da sua estratégia (traduzindo-a de um modo quantificado), com base em indicadores “balanceados” relacionados com quatro dimensões: a

“financeira”, a dos “clientes”, a dos “processos” e a “capacidade de aprender e inovar”, de modo a definir objetivos e posteriormente avaliar o grau de cumprimento desses objetivos (92).

Estes indicadores desenvolvidos em conjunto com os profissionais e adequados ao presente contexto da farmácia, permitirão que este instrumento de gestão possa apoiar o alinhamento entre a estratégia e a ação nesta organização, validando a sua aplicação à gestão da qualidade de serviços, como o serviço da dispensa de MNSRM.

A análise dos dados resultantes da utilização concreta do BSC podem ainda facilitar o desenho de intervenções adequadas, destinadas a melhorar os valores dos indicadores implicados numa baixa qualidade de dispensa de MNSRM, contribuindo para uma maior satisfação com o serviço das farmácias participantes por parte dos seus clientes.

3. Objetivos

3.1. Objetivo geral

Desenvolver, testar e implementar uma intervenção organizacional para melhorar a gestão da qualidade do serviço de dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica.

3.2. Objetivos específicos

Qualidade na dispensa de MNSRM em farmácias comunitárias portuguesas: caso exploratório:

- Explorar o serviço de dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica e aprender com farmácias cujo desempenho se destaca em função da adoção de critérios de qualidade nesse serviço;
- Abordar o desempenho técnico e interpessoal de uma farmácia que se destaca no serviço de dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica e os aspetos que possam influenciar este;
- Explorar a interação e confiabilidade do uso de linguagem oral pela equipa da farmácia, bem como a avaliação da própria equipa sobre as razões subjacentes ao seu comportamento;

Implementação de um BSC focado na melhoria da gestão da qualidade da dispensa de MNSRM:

- Com base nos inputs anteriores e em colaboração com equipas das farmácias comunitárias, desenvolver e testar a utilização de um *Balanced Scorecard* para a melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica em farmácias.

Resultados em saúde e satisfação com atendimentos de automedicação em farmácias comunitárias: perspectiva dos clientes:

- Explorar em maior detalhe os resultados do BSC na perspectiva do cliente, nomeadamente no seu seguimento, a satisfação do cliente autorreportada e a resolução (ou não) do problema menor de saúde apresentado.

Parte II - Abordagem Metodológica

Nesta segunda parte, descrevem-se no quarto capítulo, conceitos relacionados com métodos de investigação científica, contrastando, nomeadamente, o paradigma quantitativo e qualitativo. Ainda neste capítulo disserta-se sobre os métodos empregues na presente investigação, tais como: doente simulado com ocultação, entrevistas qualitativas, inquéritos por entrevistas e grupos focais.

No quinto capítulo, discorre-se sobre os conceitos relacionados com o desenho de estudo e apresenta-se, em mais pormenor, o estudo de caso e o enquadramento metodológico adotado (*Design Science Research Methodology*).

4. Métodos de investigação científica

Os métodos de investigação científica referem-se a práticas e técnicas utilizadas de forma sistemática para recolher, processar e analisar informação que permita responder aos objetivos do trabalho. Uma vez selecionado um método, como questionários ou entrevistas em profundidade, impõem-se decisões como o tamanho da amostra, os procedimentos de amostragem, a escolha dos instrumentos de investigação (ou ferramentas de recolha de dados) e a forma como os dados serão processados e analisados para produzir evidência científica (103).

Embora comumente empregues como sinónimo, importa diferenciar os termos “método” e “metodologia”. A metodologia interessa-se pela validade do caminho escolhido para se atingir o objetivo proposto na investigação; portanto, não deve ser confundida com o conteúdo (teoria) nem com os procedimentos (métodos e técnicas). A metodologia é um conceito mais abrangente do que a simples

descrição dos procedimentos (métodos e técnicas a serem utilizadas no decurso da investigação), devendo igualmente indicar a escolha teórica realizada pelo investigador para abordar o objeto de estudo. No entanto, embora não sejam a mesma coisa, teoria e método são dois termos inseparáveis, “devendo ser tratados de maneira integrada e apropriada quando se escolhe um tema, um objeto, ou um problema de investigação” (104,105).

Aceita-se que, intrinsecamente, não existem métodos de investigação superiores ou inferiores, o fundamental é justificar a sua adequação aos objetivos de um estudo. Quando se segue uma perspetiva positivista e empirista, a investigação deverá ser realizada usando métodos quantitativos, altamente estruturados. Estes enfatizam a recolha de dados possíveis de quantificar sobre variáveis de interesse pré-especificadas para indivíduos de uma população. O investigador serve como uma entidade externa, não interveniente, tentando minimizar o efeito de vieses pessoais nos dados recolhidos. Investigações quantitativas enfatizam a recolha de dados estruturados, usando instrumentos, como questionários ou escalas de medição, idealmente testados quanto à sua confiabilidade e validade, em amostras que frequentemente têm maiores dimensões e se pretendem estatisticamente representativas da população. Estes instrumentos requerem que as observações se enquadrem em categorias e intervalos pré-estabelecidos. Subjacente aos métodos quantitativos está uma abordagem dedutiva, servindo estes para auxiliar o investigador no teste de hipóteses e na verificação de modelos e teorias. São frequentemente empregues quando o objeto de investigação é bem estruturado, e quando já existem pelo menos alguns dados anteriores, ou quando a teoria existente parece aplicável (106).

Se for adotada uma perspetiva mais próxima da investigação exploratória, em que o objeto de estudo é muitas vezes complexo e menos conhecido, a escolha recai sobre métodos qualitativos (103). Estes colocam ênfase num grupo de menores dimensões e na sua experiência subjetiva com o fenómeno em estudo, inquirindo sobre a sua experiência num contexto naturalista. Não se procura representatividade em relação a uma população, embora se possa almejar variabilidade quanto a características chave. Frequentemente recorre-se a técnicas de amostragem intencionais, como amostragem teórica e o uso de informantes-chave (106). O papel do investigador e a sua influência na recolha e análise dos dados são explicitamente reconhecidos nesta abordagem. Os métodos qualitativos enfatizam a abordagem indutiva e servem para auxiliar o investigador no desenvolvimento de hipóteses, modelos e teorias provisórias. Consequentemente, são empregues quando existe escasso conhecimento sobre o assunto em estudo e

quando a teoria existente não parece aplicável ao problema. Tipicamente os métodos qualitativos são conotados com uma orientação teórica construtivista em relação à investigação (106).

Regra geral as técnicas de investigação científica referem-se a um conceito mais operacional, materializando-se em instrumentos ou ferramentas utilizadas para medir as variáveis de interesse. Podem existir na forma de um questionário contendo, por exemplo, itens não relacionados entre si, ou conjuntos de itens que medem uma dimensão comum. Podem também materializar-se, na forma de diários estruturados em grau variável ou formulários para registo de dados. Os instrumentos de recolha de dados devem ser cuidadosamente selecionados atendendo à análise a realizar (103).

Nos métodos quantitativos devem ser selecionados, sempre que possível, instrumentos com validade e fiabilidade apropriadas para a população em estudo. Aspetos psicométricos igualmente importantes incluem equivalência conceitual e linguística do instrumento, no caso de ter sido traduzido, e sensibilidade à mudança. Outro aspeto a considerar é a aceitabilidade (por exemplo, os questionários não serem percecionados como longos, o que potencialmente aumenta a taxa de não resposta). Finalmente, na seleção do instrumento impõem-se considerações pragmáticas, como custos de impressão, custos com o entrevistador, o codificador, a entrada de dados e a análise.

A integração de métodos qualitativos e quantitativos num estudo permite desenvolver um entendimento mais completo do fenómeno em estudo. Deve-se notar que a integração é um termo chave, implicando que um método informa o outro, produzindo uma melhor compreensão, que não seria possível através da aplicação isolada de apenas de um método. Na abordagem métodos mistos estes são frequentemente identificados com uma orientação teórica pragmática em relação à investigação (106,107). Esta abordagem pode visar a complementaridade, em que métodos de distintos paradigmas são usados para investigar diferentes aspetos da mesma questão, a expansão, em que métodos de distintos paradigmas investigam questões, e o desenvolvimento, em que um método é usado para informar o desenvolvimento de outro (108).

Outros autores dividem a abordagem métodos mistos em quatro tipos: triangulação, desenho integrado, explanatório e exploratório (106,107).

O objetivo dos estudos de triangulação é obter dados complementares sobre um mesmo tópico. São identificados com um desenho de fase única, porque os diferentes tipos de dados são recolhidos simultaneamente, sendo-lhes atribuída igual ponderação. Por exemplo, dados quantitativos e qualitativos podem ser recolhidos simultaneamente e, em seguida, interpretados em concomitância para a produção do relatório da investigação. Alternativamente, o investigador pode recolher dados quantitativos usando um questionário, enquanto recolhe dados qualitativos usando entrevistas semiestruturadas com perguntas abertas sobre os mesmos tópicos; nesta situação as respostas qualitativas podem ser usadas para interpretar os resultados quantitativos (106,107).

As vantagens desta abordagem são ser intuitiva para a maioria dos investigadores, ser eficiente (recolha dos diferentes tipos de dados simultaneamente) e a possibilidade de cada tipo de dados ser recolhido separadamente por um membro da equipa especializado. As desvantagens são o esforço e perícia necessária para o estudo, pois é atribuído igual peso aos dados quantitativos e qualitativos. Acresce que os dados podem ser contraditórios, exigindo a recolha de dados adicionais para resolver problemas e potenciais questões (106).

Os estudos de desenho integrado são usados quando um tipo de dados desempenha um papel de suporte no projeto de investigação. São úteis quando o investigador precisa de inserir alguns dados de investigação quantitativos (ou qualitativos), num estudo qualitativo (quantitativo) maior para responder a uma questão diferente que não poderia ser respondida com um único tipo de dados. Estes estudos podem ser de uma ou duas fases; um exemplo de um estudo de duas fases seria conduzir um estudo qualitativo para determinar que tipos de estímulos são provavelmente eficazes e, depois, projetar um estudo quantitativo usando esses resultados (106).

As vantagens desta abordagem são a adaptabilidade às necessidades do estudo, desenho relativamente simples, uma vez que um método acarreta menos dados do que o outro, e, em geral, a atratividade para os financiadores e outros *stakeholders*, uma vez que a ênfase é frequentemente colocada na parte quantitativa do estudo. As suas desvantagens incluem o desafio de especificar o objetivo de recolher dados qualitativos no âmbito de um estudo quantitativo (ou vice-versa), e a dificuldade em integrar os

resultados quando os métodos são usados para responder a duas questões de investigação diferentes (106).

Os estudos de métodos mistos explanatórios são projetos de duas fases com a intenção de usar dados qualitativos para ajudar a explicar dados quantitativos recolhidos *a priori*; assim a recolha de dados qualitativos segue-se à parte principal e quantitativa do estudo. As duas variações no desenho de estudos mistos explanatórios, são o modelo de explicações de acompanhamento em que o investigador requer dados qualitativos para explicar os resultados obtidos durante a fase quantitativa da investigação. Neste modelo de seleção do participante o investigador usa dados quantitativos para identificar propositadamente e amostrar os participantes para posterior estudo qualitativo. Nesta última variação, os dados qualitativos geralmente tornam-se o foco principal da investigação (106,107).

As vantagens desta abordagem são: o facto de ser um projeto de duas fases permite a sua aplicação por um único investigador que recolhe um tipo de dados de cada vez, sendo atrativa para investigadores orientados quantitativamente, uma vez que começa com uma visão quantitativa. As suas desvantagens são: o tempo necessário para implementar as fases em sequência e as decisões que o investigador deve tomar necessárias para o desenho de estudo (por exemplo, usar os mesmos ou diferentes participantes para cada fase de estudo) (106).

No desenho de estudos de dados mistos exploratórios, os resultados de uma primeira fase (tipicamente qualitativa) são usados para desenvolver uma segunda fase. O desenho exploratório é útil quando falta uma teoria na área de interesse ou as variáveis importantes não são conhecidas, sendo que os dados qualitativos recebem maior ênfase. Numa variação deste modelo, no modelo de desenvolvimento de taxonomia, a fase de recolha de dados qualitativos ajuda a descobrir variáveis, sendo que a fase quantitativa é usada para testar as relações entre elas (106,107).

As vantagens desta abordagem são as mesmas dos estudos explanatórios e as desvantagens incluem o tempo necessário para conduzir estudos usando desenhos exploratórios, e as dificuldades que por vezes

surgem quando se tenta especificar um plano de investigação para um comité de revisão institucional sendo que as decisões sobre o desenho devem ser tomadas com base na primeira fase do estudo e a decisão de usar os mesmos ou diferentes participantes para cada fase do estudo (106).

O presente trabalho foi efetuado através de uma abordagem de métodos mistos, quer no primeiro estudo (capítulo 6), quer no segundo estudo (capítulo 7 e 8). Tanto no primeiro estudo como no segundo, existe uma complementaridade dos dados quantitativos e qualitativos, sendo que no primeiro existe o objetivo de explorar diferentes aspetos da mesma questão, a qualidade na dispensa de MNSRM em farmácias comunitárias portuguesas. No segundo estudo são aproveitados os dados anteriores para informar e implementar um instrumento de gestão o BSC, com o objetivo de melhoria da gestão da qualidade da dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica.

4.1. Doente simulado com ocultação

Os estudos de observação permitem os investigadores documentarem comportamentos, atividades e eventos, sem a necessidade de depender do autorreporte dos indivíduos, evitando assim possíveis vieses. Desta forma, o investigador obtém conhecimentos sobre o comportamento de um grupo de pessoas no contexto natural de restrições, dificuldades ou aspetos facilitadores (58,109).

Esta abordagem permite estudar determinado tema de forma detalhada, fornecendo informações que possibilitam, por exemplo, a identificação de problemas. Estes estudos são comumente feitos em pequena escala, uma vez que pressupõem o trabalho acrescido das deslocações aos diversos locais de estudo para recolher os dados; no entanto, são relevantes para outras populações e ambientes que partilhem as mesmas características chave (109).

A Figura 2 resume a classificação dos estudos de observação quanto à participação do investigador e à ocultação.

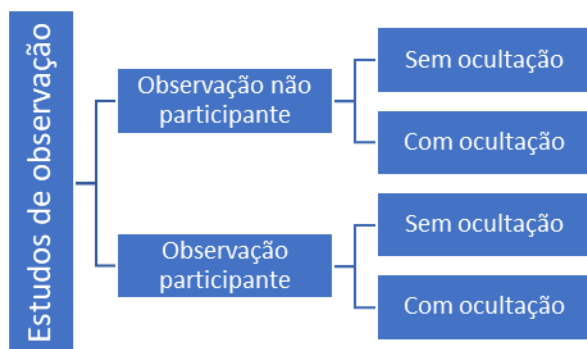


Figura 2 – Estudos de observação quanto à participação do investigador e ocultação

A observação participante oculta, onde se encaixa o método doente simulado com ocultação, é particularmente útil por permitir documentar aspetos chave observáveis num ambiente natural, em oposição ao que é relatado pelos profissionais, que pode não corresponder à realidade (109,110). A exatidão é aceitável quando os dados são registados imediatamente após a visita (110). A farmácia comunitária é um *setting* ideal para o uso deste método, uma vez que os farmacêuticos e demais colaboradores da farmácia podem ser acedidos sem consulta prévia, necessário para outros profissionais de saúde (58).

Um doente simulado com ocultação é um indivíduo treinado para atuar de acordo com um cenário específico, desenhado para avaliar o desempenho do farmacêutico ou outro colaborador, pretendendo-se que seja indistinguível de um cliente genuíno (58,111).

Para uma recolha de dados eficiente nestes estudos podem ser empregues instrumentos, como listas de verificação, alinhadas com os objetivos do estudo e preferencialmente pré-testadas (58,111). O emprego de um gravador oculto tem a vantagem de melhorar a qualidade dos dados e, possivelmente, a recolha de dados adicionais, desde que esta gravação seja feita mediante um consentimento informado

(58,109,112). Outro importante fator para melhorar a fiabilidade deste método é a execução de sessões prévias de treino (111).

Um possível viés à recolha de dados é o conhecimento dos participantes sobre o estudo, fator incontornável para efetuar a investigação de acordo com princípios éticos, nomeadamente consentimento informado dos participantes (109). Este viés, comumente referido como efeito de *Hawthorne*, é de menor relevância por o doente simulado ser oculto, minimizando-se também o efeito quando se estende o período de tempo do estudo (109).

A generalização dos resultados nestes estudos depende dos procedimentos de amostragem, sendo que amostragens por conveniência ou auto-selecionadas podem ser causa de um possível viés (109).

Existem na literatura vários exemplos de sucesso no uso deste método no estudo da prática farmacêutica e no treino dos profissionais, nomeadamente ao nível dos serviços farmacêuticos (113,114), quer no serviço de dispensa de MSRM (115–118) quer na melhoria da comunicação (119).

Recorreu-se ao doente simulado com ocultação num dos estudos da presente investigação, reportado no capítulo 6.

4.2. Entrevistas qualitativas

Alguns autores dividem a entrevista qualitativa em duas abordagens: entrevistas não estruturadas e entrevistas semiestruturadas. Instrumentos frequentemente utilizados são um guião da entrevista e um gravador áudio. Numa entrevista não estruturada é utilizado um conjunto de tópicos a explorar, mas sem perguntas fixas; estas entrevistas são feitas de modo a obter informação em profundidade. As entrevistas semiestruturadas são utilizadas quando o investigador necessita de informação detalhada num certo tópico; com esta abordagem o entrevistador guia a entrevista no tópico em estudo perguntando questões específicas e abertas, seguindo igualmente um guião de tópicos (103).

Um exemplo de investigação com entrevistas qualitativas estruturadas em farmácia comunitária é o estudo de Braund *et al.* de 2012 em que é explorada a opinião das CPT quanto ao seu papel e responsabilidades (120).

Este método presta-se à análise em profundidade das opiniões, crenças e valores dos participantes, desconstruindo e obtendo os significados que estes atribuem a eventos e às suas atitudes, comportamentos e experiências. Permite que os entrevistados contem as suas histórias nas suas próprias palavras, seguindo uma lógica de conversação guiada; exemplo, para avaliações de serviços (103). Um exemplo é o estudo de Hanna e Hughes de 2010, em que os investigadores utilizando entrevistas qualitativas semiestruturadas procuraram abordar os fatores que influenciam e levam à decisão, seleção e posterior dispensa de MNSRM por farmacêuticos (121).

Uma limitação dos métodos qualitativos que investigam opiniões e perceções associadas a experiências ou comportamentos é o viés de memória, que aumenta com a distância temporal aos dados a analisar; outro potencial viés é a reinterpretação dos acontecimentos pelo entrevistado. São comumente utilizadas questões para sondar e obter informação, como técnicas direcionadas para minimizar este viés e melhorar a memória (103).

As entrevistas qualitativas são utilizadas geralmente em amostras pequenas, devido à complexidade da análise, que é demorada. O tamanho da amostra neste tipo de estudos; é frequentemente determinado pela saturação temática, ou seja, considerar o tamanho da amostra suficiente quando as histórias, temas, questões e tópicos se começam a repetir (122). Os tipos de amostragem preferidos pelos investigadores que adotam esta abordagem são: amostragem por conveniência, amostragem intencional, amostragem tipo “bola de neve” e amostragem teórica (103).

As amostragens por conveniência são formadas tendo em conta a facilidade do recrutamento, a proximidade e a probabilidade de obter participação. O estudo de Braund *et al.* de 2012, é um exemplo de uma amostragem por conveniência, pois as cinco farmácias participantes foram escolhidas

principalmente pela sua proximidade e probabilidade de responder, ou como o estudo refere, pela sua acessibilidade (120).

As amostragens intencionais são um método de amostragem também não randomizado, que procura grupos de pessoas, ou *settings*, com determinadas características pré-definidas, geralmente com a procura da maximização da heterogeneidade dos participantes. A amostragem tipo “bola de neve” é um método de amostragem em que não existe um quadro de requisitos para a criação da amostra, sendo que é perguntado aos respondentes iniciais que indiquem outros com base no conhecimento do objetivo do estudo e que estejam pré dispostos a participar. O estudo de Hanna e Hughes de 2010, é um exemplo de uma amostragem tipo “bola de neve”; a seleção desta técnica foi determinada pela fraca taxa de resposta verificada previamente. A técnica “bola de neve” permitiu recrutar mais participantes, adotando-se uma amostragem intencional, em que os novos participantes já eram escolhidos pelas suas características individuais (121).

A amostragem teórica envolve a geração conceptual ou teórica de categorias de codificação durante a investigação; o objetivo é que a amostragem permita desenvolver as hipóteses emergentes do estudo, e a amostragem para quando ocorre saturação, ou seja, não se desenvolvem novas perspetivas analíticas (103).

Havendo autorização dos entrevistados, as entrevistas devem ser alvo de gravação áudio, para que possam ser analisadas em detalhe posteriormente, sendo que infelizmente esta abordagem não permite a análise da comunicação não verbal (112). Isto permite igualmente ao entrevistador adotar uma postura mais natural por oposição à necessidade de registo das respostas prolongando a entrevista; no entanto, mesmo com gravação é importante que o entrevistador tome algumas notas como palavras chave ou frases para acompanhar os tópicos abordados e como um backup para falhas de gravação, especialmente dos excertos mais relevantes para a investigação em curso (103).

4.3. Inquéritos por entrevista

Um inquérito é um conjunto de perguntas cuidadosamente elaboradas, apresentadas exatamente da mesma forma para um grupo pré-definido de pessoas, a fim de recolher resultados sobre um tópico de investigação de interesse para o investigador. Um inquérito é uma excelente forma de recolher resultados quantitativos em larga escala, no entanto, a natureza de questões fechadas natural a este método de investigação científica, poderá significar que o investigador tenha de acoplar métodos adicionais como uma entrevista semiestruturada para obter uma compreensão mais completa de um determinado problema (123).

Existem três aspetos principais a ter em conta quando se prepara um inquérito: a maneira como as questões individuais são colocadas, a forma como o inquérito num todo é desenhado e o modo de administração do inquérito, dado que todas estas áreas influenciam as respostas obtidas. Os inquéritos podem ser realizados cara a cara, eletronicamente (por via de um inquérito de autopreenchimento enviado via email) e ainda via telefone, utilizando um questionário em formato digital ou em papel (124,125).

As entrevistas presenciais possuem várias características que as tornam mais vantajosas, tais como possibilitar que um entrevistador experiente e motivador possa aumentar as taxas de resposta e de resposta por item, mantendo a participação em inquéritos de maior duração (124).

As entrevistas telefónicas pressupõem uma maior exigência auditiva, podendo ser mais cansativas para os entrevistados. As entrevistas telefónicas permitem a obtenção de resultados completos, com boa representatividade da amostra e de qualidade. As entrevistas telefónicas requerem habilidades verbais e linguísticas básicas, assim como a posse de um telefone/telemóvel. A melhor forma de tornar a entrevista telefónica menos cansativa e penosa é administrar um inquérito curto e estruturado (124,126,127).

As entrevistas eletrónicas por via de um inquérito de autopreenchimento são as mais penosas e exigentes para os respondentes, pois pressupõem que estes percebam as questões e linguagem do inquérito, não tenham limitações visuais, tenham a dexteridade para completar as questões e possuam um computador com internet (124).

A não resposta em entrevistas e inquéritos é influenciada pelo modo de administração. Os principais motivos para não respostas em inquéritos por entrevistas telefónicas incluem a falta de vontade do respondente em participar no estudo, a dificuldade ou impossibilidade de o investigador contactar os respondentes e as barreiras comunicacionais. O modo de administração por telefone implica uma menor taxa de resposta em contraste com as entrevistas cara a cara (124,127).

Os fatores a ter em conta quando se efetua um inquérito por entrevista telefónica, os quais podem causar vieses e influenciar os resultados são: a influencia do contexto social e do preconceito, o viés de desejabilidade social, o viés da aquiescência, o viés do entrevistador, o viés da ordem das respostas, o viés do esquecimento, a duração do tempo de resposta pretendido e a presença de questões sobre informações sensíveis (124).

Para minimizar cada um destes vieses o investigador deve usar as seguintes estratégias:

- Influência do contexto social e preconceito – construir um inquérito estandardizado para incluir questões bem desenhadas e testadas que tenham o mesmo significado para todos os participantes, tendo atenção às diferenças culturais, sociais e de linguagem.
- Viés de desejabilidade social – garantir a confidencialidade e anonimização dos dados recolhidos, embora este viés seja reduzido neste modo de administração do inquérito em oposição às entrevistas cara a cara.
- Viés da aquiescência – utilizar uma escala *likert* nas opções de resposta do inquérito.
- Viés do entrevistador – treinar-se para ouvir o entrevistado e efetuar as perguntas de forma neutral.
- Viés da ordem das respostas – estar sensibilizado que nos inquéritos por entrevista telefónica os respondentes tendem a responder com a última opção fornecida.
- Viés do esquecimento – redirecionar os respondentes para o tópico de interesse e usar técnicas para ajudar a memória, tendo em conta que um mês é segundo a literatura o tempo máximo de

espera para se questionar sobre o acontecimento que se quer estudar, sendo que a partir de um mês ocorre uma maior degradação da memória.

- A duração do tempo de resposta pretendido – fazer inquéritos curtos, com perguntas que exijam respostas curtas, e adequadas ao método de inquéritos por entrevista telefónica.
- Estar consciente do viés resultante da presença de questões sobre informações sensíveis (124,125,127).

4.4. Grupos focais

O método grupo focal, desenvolvido a partir de pesquisas de mercado nos anos da década de 1920, consiste num grupo especial no que diz respeito ao seu objetivo, tamanho, composição e procedimentos, sendo composto por pessoas selecionadas devido às suas características em comum relacionadas com o tópico ou questão em discussão, para melhorar o entendimento sobre essa questão ou tópico; a essência de um grupo focal depende da geração de resultados através da interação do grupo (103,128,129). Num grupo focal o investigador deve criar um ambiente facilitador, que encoraje os participantes a partilharem perceções ou pontos de vista, sem os pressionar a votar num ponto de vista ou chegar artificialmente a um consenso (128).

Os instrumentos utilizados e indispensáveis neste método são um guião de tópicos a abordar, um gravador áudio ou possivelmente um gravador vídeo quando há necessidade de observar a comunicação não verbal dos participantes (103,129).

Os grupos focais são uma abordagem efetiva para recolher dados qualitativos enriquecidos pela interação entre participantes; a dinâmica de grupo pode ajudar a identificar os tópicos mais importantes, emoções

e sentimentos subjacentes a determinados assuntos. Num grupo focal, o grupo age como uma medida de controlo às respostas individuais (129).

Grupos focais possuem tipicamente quatro características distintas, que se relacionam com as pessoas que os compõem: as características específicas dessas pessoas que levaram à sua seleção, os resultados provenientes de natureza qualitativa, a discussão resultante é focada no tópico ou questão em análise, e uma melhor compreensão do tópico de interesse (128).

Os tamanhos habituais de um grupo focal são pequenos e compostos de entre cinco a dez pessoas, sendo que pode haver pequenas variações a estes números; quando os grupos se tornam demasiado grandes pode haver ganhos em fragmentá-los em grupos menores. Os participantes são pessoas similares umas às outras de forma importante para o investigador e para o tópico em discussão, em que a homogeneidade presente nos critérios de seleção deve estar claramente definida: o principal critério de seleção deverá sempre ser norteado pela questão “quem nos poderá fornecer o tipo de informação necessária?”. É preciso ter em consideração o equilíbrio dos grupos no que diz respeito a características como idade, sexo ou etnicidade, que podem inibir quem esteja em menor representação, assim como o facto que agrupar pessoas que ao interagir regularmente, socialmente ou no trabalho, poderá levar à inibição da divulgação de informações sensíveis. Sendo que o objetivo é a recolha de dados de interesse para o investigador, este serve várias funções no grupo, tais como moderador, ouvinte, observador e eventualmente analista, usando um processo indutivo para derivar compreensão com base na discussão. As questões num grupo focal são cuidadosamente pré-determinadas, formuladas e sequenciadas de forma a serem facilmente entendidas pelos participantes, sendo na sua maioria questões abertas. As questões iniciais são por norma mais gerais e à medida que o grupo focal decorre tornam-se cada vez mais específicas e focadas, com a recolha das informações mais úteis geralmente nesta fase mais final do grupo focal (103,128).

Os grupos focais podem ser utilizados para variados fins tais como: informar na tomada de decisões, na avaliação da satisfação de clientes, no planeamento e definição de metas, na avaliação das necessidades, em decisões na direção com uma maior qualidade, para gerar entendimento sobre as preocupações dos trabalhadores, para elaborar políticas e fazer o seu teste, e também como uma ferramenta de investigação primária ou secundária (128).

Os resultados de grupos focais são frequentemente utilizados para informar a tomada de decisões, sendo efetuados antes, durante, e/ou depois de um evento ou programa. Quando o grupo focal é realizado antes, o seu objetivo é de avaliação de necessidades, análise de ativos, pesquisa de clima de trabalho, planeamento, teste piloto, entre outros. Quando o grupo focal é realizado durante o evento ou programa, o seu objetivo é de avaliação formativa, avaliação de processos, feedback, monitoramento, reporte, entre outros. Quando o grupo focal é realizado depois o seu objetivo é de avaliação sumativa, avaliação de resultados ou apenas feedback (128).

Na satisfação de clientes, os grupos focais são utilizados para estudar o conceito de satisfação, identificar os componentes relevantes da satisfação, e descobrir as condições ou circunstâncias que influenciam a satisfação. O estudo de Shiyanbola e Mort em 2014 é um exemplo de um grupo focal com o objetivo de determinar a satisfação dos clientes, ligando esta com a qualidade da informação no serviço farmacêutico (130).

No planeamento e definição de metas, os grupos focais são utilizados por instituições que intencionalmente e sistematicamente ouvem os seus clientes e colaboradores, para saber como é que estes vêem a instituição e qual deve ser a sua orientação, explorando temas como: quais são as suas forças? Fraquezas? O que está em falta? Quais são as oportunidades que existem? Quais são as vantagens e desvantagens de direcionar numa determinada direção? (128).

Na avaliação das necessidades, as vantagens dos grupos focais é providenciar um ambiente interativo, onde as pessoas podem ponderar, refletir e ouvir, as experiências e opiniões dos outros. Em geral, a posição dos líderes é apostar nas formações e experiências educativas, enquanto que os trabalhadores frequentemente apontam uma desconexão entre o problema e a solução. O uso de grupos focais para a tomada de decisões na direção de uma maior qualidade, é bastante útil como o estudo de Shiyanbola e Mort de 2014 evidencia: os esforços na direção da qualidade geralmente necessitam de envolvimento generalizado, comunicação aberta, feedback, e um ambiente não ameaçador (128,130).

Os grupos focais permitem igualmente gerar entendimento sobre as preocupações dos trabalhadores, permitindo apurar a moral e motivação dos trabalhadores, os incentivos e barreiras à produtividade, a influência de compensações pagas focadas no mérito, a abertura ao acolhimento da diversidade pessoal e vários outros tópicos pertinentes na área dos recursos humanos. Na elaboração de políticas e seu teste, os grupos focais têm sido úteis a desenvolver e testar estratégias previamente à sua implementação, permitindo identificar e compreender critérios necessários para obter regras, leis e políticas bem-sucedidas. Como uma ferramenta de investigação primária ou secundária, os grupos focais são considerados úteis antes, durante e depois de programas, eventos ou experiências. Eles são úteis na avaliação de necessidades, gerar informações para a construção de questionários, desenvolvimento de planos, recrutamento de novos clientes, descobrir como os clientes tomam as suas decisões de usar ou não usar um determinado produto ou serviço, testar novos programas e ideias, melhorar os programas existentes e avaliar os seus resultados (128).

Grupos focais devem ser utilizados nas seguintes situações:

- Na pesquisa da gama de ideias ou sentimentos que as pessoas têm sobre algo;
- Ao tentar perceber as diferenças entre grupos ou categorias de pessoas com características distintas (mas homogéneas no seio do seu grupo);
- Quando o objetivo é descobrir os fatores que influenciam as opiniões, comportamentos ou motivações;
- Quando o objetivo é que as ideias surjam do grupo, tendo em consideração que um grupo é mais do que a soma das suas partes;
- Quando o objetivo é pilotar e testar ideias, matérias, planos ou novas políticas;
- Na pesquisa de informação que permita desenhar um estudo quantitativo de larga escala;
- Quando o investigador necessita de informação para ajudar a melhor compreender resultados quantitativos já recolhidos;
- Quando os clientes ou audiências pretendidas colocam significativa importância na recolha dos comentários ou linguagem utilizada pelo público-alvo (103,128).

E devem ser evitados nas seguintes situações:

- Quando o objetivo é o consenso;

- Para educar as pessoas;
- Não há a intenção de usar os resultados, mas apenas dar a aparência de ouvir as pessoas;
- Para perguntar questões sensíveis que não devem ser partilhadas num grupo, ou que podem prejudicar alguém se partilhadas num grupo;
- Quando o objetivo é obter projeções estatísticas;
- Quando o ambiente está emocionalmente carregado e a discussão do grupo focal pode intensificar o conflito;
- Quando o investigador perdeu o controlo sobre aspetos críticos do estudo, tais como os participantes, o desenvolvimento de questões e o protocolo de análise;
- Quando outros métodos podem dar origem a melhor informação, ou obter a mesma informação de forma mais económica;
- Quando não é possível garantir a confidencialidade da informação sensível.

(128)

É preciso ter em consideração as questões éticas do uso do método grupos focais. Vários estudos relatam que os investigadores obtiveram o consentimento informado dos participantes, no entanto, é útil tentar desmembrar a questão do consentimento e considerar como as relações de poder entre o investigador e o participante podem influenciar a decisão de participação. Algumas pessoas podem-se sentir pressionadas a participar, mesmo que não seja esse o seu desejo; por exemplo, ao recrutar doentes numa farmácia, deve ficar claro que a recusa em participar não afetará a forma como são tratados. Além disso é útil que fique perfeitamente claro o que é que os participantes consentiram e se entenderam completamente as implicações desse consentimento, especialmente o direito de poder desistir a qualquer momento (129).

5. Desenho de estudo

A primeira e mais importante condição para selecionar entre os vários desenhos de estudo e métodos de investigação é identificar a questão de investigação ou o seu objetivo (131).

O desenho de estudo refere-se à abordagem geral ou estratégia através da qual a investigação irá ser conduzida. A Figura 3 representa a relação entre os objetivos do estudo, desenho do estudo, métodos de investigação e técnicas de investigação. Conforme já referido o objetivo de um estudo determina a escolha do seu desenho e, subsequentemente, dos métodos de investigação científica e dos instrumentos de investigação mais aptos a produzir os dados necessários para atingir os objetivos definidos (103).

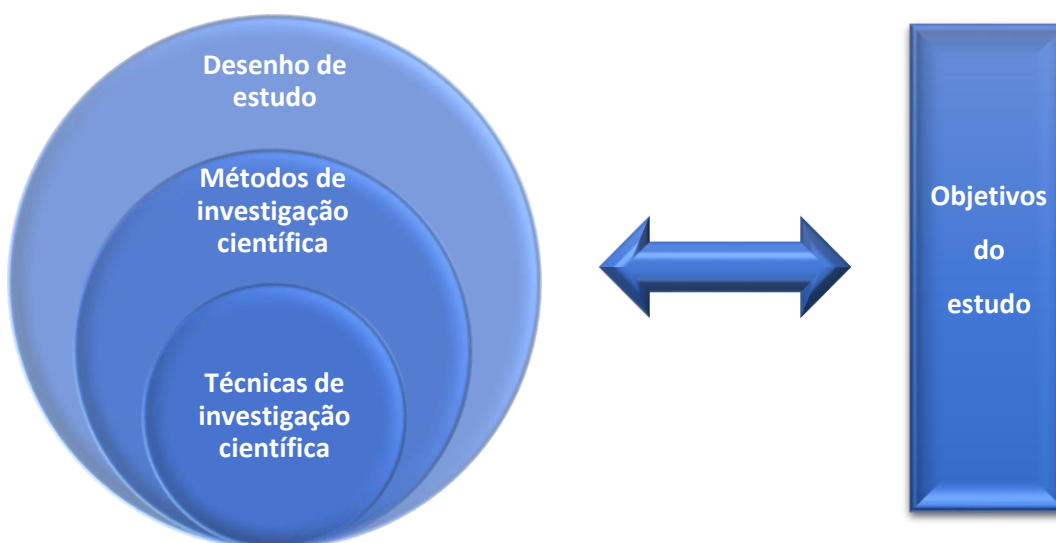


Figura 3 – Relação entre os objetivos do estudo, desenho do estudo, métodos de investigação e técnicas de investigação

Estão descritos na literatura científica diversos desenhos de estudo, sendo por vezes o seu emprego mais frequente em determinadas disciplinas. Por exemplo, nas ciências sociais têm tradição os estudos de

investigação-ação e estudos de caso; na epidemiologia os estudos observacionais e experimentais. Algumas designações do desenho de estudo têm a ver com o tipo de medição (ex. estudos transversais versus longitudinais) (109,131–141).

Nos estudos de investigação-ação, é adotada uma postura inicial exploratória, onde a compreensão de um problema é desenvolvida e são efetuados planos para a intervenção. Nesta fase são recolhidas observações pertinentes, levando a novas estratégias de intervenção. Este processo segue de forma cíclica até que um entendimento suficiente (ou uma solução de implementação válida) do problema seja alcançado. O protocolo é de natureza iterativa e destina-se a promover uma compreensão mais profunda de uma determinada situação, começando com a definição do conceito e particularização do problema, passando por várias intervenções e avaliações (134).

O desenho de estudos de caso, utilizado no presente trabalho, é descrito mais pormenorizadamente na seção 5.1.

Nos estudos observacionais a relação entre a variável de interesse e a exposição, por exemplo, a uma intervenção, são investigadas sem que o investigador controle a exposição. Os estudos observacionais, não devem ser confundidos com estudos de observação, um método previamente descrito. Os estudos observacionais baseiam os seus resultados em comparações entre os sujeitos expostos e um grupo de controlo. Este desenho de estudo obvia as dificuldades éticas e práticas de montar uma investigação de maiores dimensões e mais difícil de concretizar, do tipo experimental, mas não permite estabelecer uma relação de causa-efeito (109). Tradicionalmente, em epidemiologia os estudos designam-se descritivos quando descrevem apenas a distribuição da doença e outras características, sem investigarem relações causais ou outras hipóteses (142). Na investigação em serviços de saúde estes estudos descritivos fornecem respostas para as perguntas como “Quem?”, “O quê?”, “Quando?”, “Onde?” e “Como?”. É usado para obter informações sobre o estado atual dos fenómenos e para descrever a realidade atual, como uma espécie de fotografia do momento, tendo em conta as variáveis e condições momentâneas (138).

Nos estudos experimentais existe uma exposição, planeada pelo investigador, no sentido de provocar um determinado efeito, enquanto são controladas outras condições, que podem afetar o efeito pretendido (142). Tipicamente a medição do efeito é realizada por comparação entre grupo experimental com um

grupo que não sofreu qualquer intervenção ou que sofreu uma intervenção diferente (grupo controlo). Desta forma é possível determinar uma relação de causa-efeito (139).

Os estudos transversais apoiam-se em medições num único período temporal. O desenho transversal só pode medir diferenças existentes de diferentes grupos de pessoas, sujeitos, ou fenómenos, em vez de um processo de mudança num mesmo grupo (137).

Um estudo longitudinal segue a mesma amostra ao longo do tempo e realiza medições repetidas, com dois ou mais pontos temporais, permitindo aos investigadores acompanhar as mudanças ao longo do tempo e relacioná-las com variáveis potencialmente explicativas da mudança (132).

No presente trabalho foram utilizadas medições transversais (ex. satisfação dos clientes após um dado atendimento em MNSRM) e longitudinais (ex. a medição da cultura organizacional através de um questionário em três diferentes pontos temporais).

5.1. Estudo de caso

Estudos de caso são estudos aprofundados de um determinado problema de investigação, frequentemente usados para restringir um campo muito amplo de investigação em apenas um ou poucos exemplos facilmente pesquisáveis. São igualmente úteis para testar se uma teoria e modelo específicos realmente se aplicam a fenómenos no mundo real, sendo um desenho particularmente útil quando não se sabe muito sobre um problema ou fenómeno (131).

Dentro da abordagem qualitativa, quando o investigador tem pouco controle sobre os eventos, sendo o foco da investigação um fenómeno contemporâneo decorrendo no contexto do dia-a-dia e existe uma singularidade no evento, podendo ser especialmente característico ou associado a determinados

contextos ou casos, o desenho estudo de caso é o preferencial. A abordagem estudo de caso permite a investigação de questões complexas, tais como o funcionamento e estrutura de uma organização e gestão, assim como o seu impacto no funcionamento de um serviço. Uma das vantagens desta abordagem é permitir estudar o contexto envolvente do fenómeno em estudo, partindo do princípio que este contexto poderá ser altamente pertinente e influenciar o fenómeno, especialmente nas situações em que os comportamentos relevantes não podem ser manipulados (103,106,131).

Existem três tipos diferentes de estudos de caso: exploratórios, descritivos e explanatórios. Se a questão de investigação se focar por exemplo em “quais os critérios e premissas envolvidos num serviço de dispensa de MNSRM que responde a todas as necessidades de saúde do utente?”, neste tipo de questão justifica-se o desenvolvimento de um estudo exploratório cujo principal objetivo será desenvolver hipóteses e preposições pertinentes para posterior investigação. Os estudos de caso podem dividir-se em estudos de um caso ou de vários casos, sendo que para efetuar esta distinção é fundamental definir a unidade de amostra ou caso. (103,131).

É importante referir que os estudos de caso podem incluir não só dados qualitativos, mas também dados quantitativos, podendo mesmo ser limitados a dados quantitativos apenas, permitindo assim uma abordagem multi-métodos incorporando dados qualitativos e quantitativos (131).

No desenho de estudo de caso após definir a questão de investigação, um aspeto de máxima importância e por vezes desafiante é a definição de qual é o caso. Um caso é definido segundo Miles e Huberman em 1994 como “um fenómeno de algum tipo ocorrendo num contexto delimitado”, sendo o caso de facto a unidade de análise do investigador. A resposta às perguntas: Quero analisar o individuo? Quero analisar um programa? Quero analisar um processo ou serviço? Quero analisar a diferença entre organizações?; pode ajudar na complexa questão de determinar exatamente qual o caso em estudo (143).

Ao desenhar e implementar um estudo de caso é essencial maximizar quatro aspetos fundamentais ligados ao controlo da qualidade do estudo: validade do construto, validade interna, validade externa e fiabilidade. Estes conceitos permitem, quando propriamente endereçados, confirmar o estudo de caso como confiável, credível e confirmável (131).

A validade do construto é uma característica ligada ao estabelecimento de medidas operacionais corretas para os conceitos em estudo; para tal o investigador deve selecionar tipos específicos de mudanças ou

comportamentos para serem estudados relativamente aos objetivos iniciais e demonstrar que as medidas operacionais selecionadas realmente refletem os tipos específicos de mudança selecionados (131).

A validade interna é uma característica em que, nos casos de estudo explanatórios, o investigador tenta determinar se determinado evento “x” leva à ocorrência do evento “y”. Neste tipo de estudos é confirmada a validade interna se forem eliminados fatores externos “z” que possam estar mais diretamente relacionados com a ocorrência “y” do que o evento inicial “x”. Assim, o investigador deve antecipar várias questões relacionadas com as inferências do estudo, tais como: A inferência é correta? Todas as explicações contrárias e possibilidades foram consideradas? A evidência é convergente? A inferência tem a aparência de ser inquestionável? (131).

A validade externa prende-se com o problema de determinar se os resultados do estudo são generalizáveis para além do caso em estudo, i.e., se o estudo de caso se focou numa farmácia serão os resultados aplicáveis noutra farmácia? As principais críticas aos estudos de casos prendem-se geralmente com este ponto, referindo que os estudos de caso são uma base fraca para generalização; no entanto, estas críticas estão implicitamente a comparar este tipo de estudos a abordagens de pesquisa estatística em que uma amostra selecionada corretamente permite generalizar para uma população maior da qual foi retirada a amostra. Esta analogia não é correta pois enquanto que estes estudos procuram generalização ou extrapolação estatística, os estudos de caso procuram generalização analítica, em que o investigador procurar generalizar e ligar um conjunto particular de resultados a uma teoria mais ampla e não a toda a população de origem (131).

A fiabilidade de um estudo refere-se à garantia de que posteriormente, qualquer investigador que siga exatamente os mesmos procedimentos descritos e que conduza o mesmo estudo de caso, irá obter iguais resultados e conclusões. Um pré-requisito obrigatório para atingir este fim é proceder a uma cuidada documentação dos procedimentos seguidos no estudo de caso (131).

5.2. Design Science Research Methodology (DSRM)

A complexidade existente hoje em dia dos problemas que afetam os sistemas de saúde em todo o mundo exigem novas ideias e inovações, visando serviços de saúde mais responsivos. A implementação de modelos de serviços multidisciplinares requer planeamento e gestão adequados, especialmente quando falta experiência em inovação e conhecimento do utente (144).

A abordagem *Design Science Research Methodology* (DSRM), permite investigar a conexão entre a investigação e prática profissional, desenhando, implementando e avaliando artefactos que respondem a uma necessidade específica. Desta forma o principal resultado da adoção deste desenho de estudo é o artefacto, sendo que a sua implementação em investigação implica o seguimento de seis etapas consecutivas, representadas na Figura 4 (144–146).

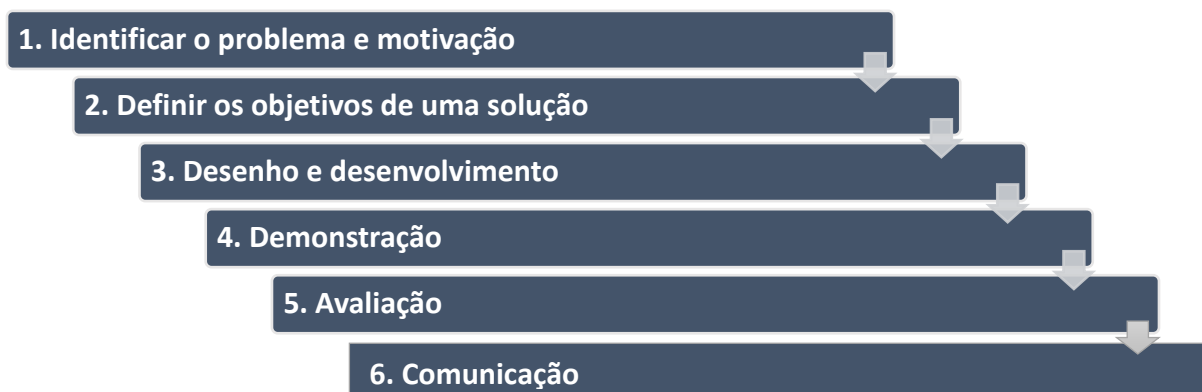


Figura 4 – Etapas da DSRM

Identificar o problema e a motivação

Nesta etapa o investigador deve adquirir conhecimento e compreensão da questão de investigação, que permita desenvolver e implementar um artefacto que possa resolver o problema. O problema pode ser formalmente identificado como a diferença entre o estado desejado e o estado atual; por exemplo, a qualidade almejada no serviço de dispensa de MNSRM e a atualmente observada. A DSRM é inerentemente iterativa, i.e. a procura pelo melhor design segue um ciclo de geração e aperfeiçoamento

de um artefacto e teste, de forma a que o artefacto desenvolvido seja cada vez mais relevante e valioso na resolução do problema (146).

No que diz respeito a organizações empresariais, estas são normalmente orientadas para um objetivo e a forma de o atingir com menores recursos (ex. dinheiro, tempo, esforço) tendo em conta o cenário económico e social onde se inserem, sendo que a DSRM é particularmente efetiva a atingir esses objetivos (146).

Esta etapa será abordada no presente trabalho no capítulo 6 “qualidade na dispensa de MNSRM em farmácias comunitárias portuguesas: caso exploratório”.

Definir os objetivos de uma solução

Nesta etapa o investigador deve claramente ter identificado o estado desejado que pretende atingir com o seu estudo, assim como os mais importantes fatores que poderão ser decisivos ou influenciar na obtenção do resultado pretendido. Os parâmetros e as métricas que deverão ser avaliadas e acompanhadas durante o estudo devem ser aqui definidas numa forma inicial, que sirva de base para posterior desenvolvimento e aperfeiçoamento (144,145).

Esta etapa será abordada no presente trabalho em parte no capítulo 6 “qualidade na dispensa de MNSRM em farmácias comunitárias portuguesas: caso exploratório” e em parte no capítulo 7 “implementação de um balanced scorecard focado na melhoria da gestão da qualidade da dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica”.

Desenho e desenvolvimento

Nesta etapa o investigador deve desenhar o artefacto em colaboração com os profissionais dos serviços. O artefacto pode ser um construto, modelo, método, instrumento ou novas propriedades técnicas, sociais e/ou recursos de informação. Conceptualmente, um artefacto de DSRM pode ser qualquer objeto que

produza contributos para a investigação científica como parte do seu desenho e implementação. Esta atividade inclui a determinação da funcionalidade desejada do artefacto e a sua arquitetura (145).

Esta etapa será abordada no presente trabalho no capítulo 7 “implementação de um balanced scorecard focado na melhoria da gestão da qualidade da dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica”.

Demonstração

Nesta etapa deve ser demonstrado o uso do artefacto já na amostra predefinida e tendo a resolução da questão de investigação em mente, sendo que o artefacto, para ser bem-sucedido na resolução de uma ou mais instâncias do problema, envolve a sua experimentação, simulação, estudo de caso, prova ou outra atividade apropriada. Os recursos necessários para a demonstração incluem o conhecimento efetivo de como usar o artefacto para resolver o problema (145).

Esta etapa será abordada no presente trabalho no capítulo 7 “implementação de um balanced scorecard focado na melhoria da gestão da qualidade da dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica”.

Avaliação

Esta etapa consiste na observação e medição do grau de resolução do problema que o artefacto representa, devendo ser comparados os objetivos traçados na segunda etapa aos resultados reais obtidos do uso do artefacto na demonstração. Para efetuar a avaliação é necessário conhecimento das métricas relevantes e técnicas de análise, sendo que dependendo da natureza do local do problema e do artefacto, a avaliação pode assumir muitas formas. Pode incluir itens como uma comparação da funcionalidade do artefacto com os objetivos da solução traçados na segunda etapa, medidas objetivas de desempenho quantitativo, como orçamentos ou itens produzidos, resultados de questionários de satisfação, feedback do cliente ou simulações, e pode também incluir medidas quantificáveis de desempenho do sistema, como tempo de resposta ou disponibilidade (144–146).

Conceptualmente, a avaliação poderia incluir qualquer evidência empírica apropriada ou prova lógica, sendo que no final desta etapa deve ser decidido se a etapa três (desenho e desenvolvimento) é ou não repetida na tentativa de melhorar a eficácia do artefacto, ou continuar para a Comunicação e deixar as eventuais melhorias ao artefacto para projetos subsequentes, em que a natureza do local de investigação pode determinar se tal iteração é viável ou não (144–146).

Esta etapa será abordada no presente trabalho em parte no capítulo 7 “implementação de um balanced scorecard focado na melhoria da gestão da qualidade da dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica” e em parte no capítulo 8 “resultados em saúde e satisfação com atendimentos de automedicação em farmácias comunitárias: perspectiva dos clientes”.

Comunicação

Finalmente deve ser comunicado o problema e a sua importância, o artefacto, a sua utilidade e novidade, o rigor do seu desenho e a sua eficácia para os investigadores e outros públicos relevantes, como profissionais no ativo, quando apropriado (145).

A Figura 5 apresenta a relação entre etapas da DSRM e os principais métodos de investigação científica utilizados.

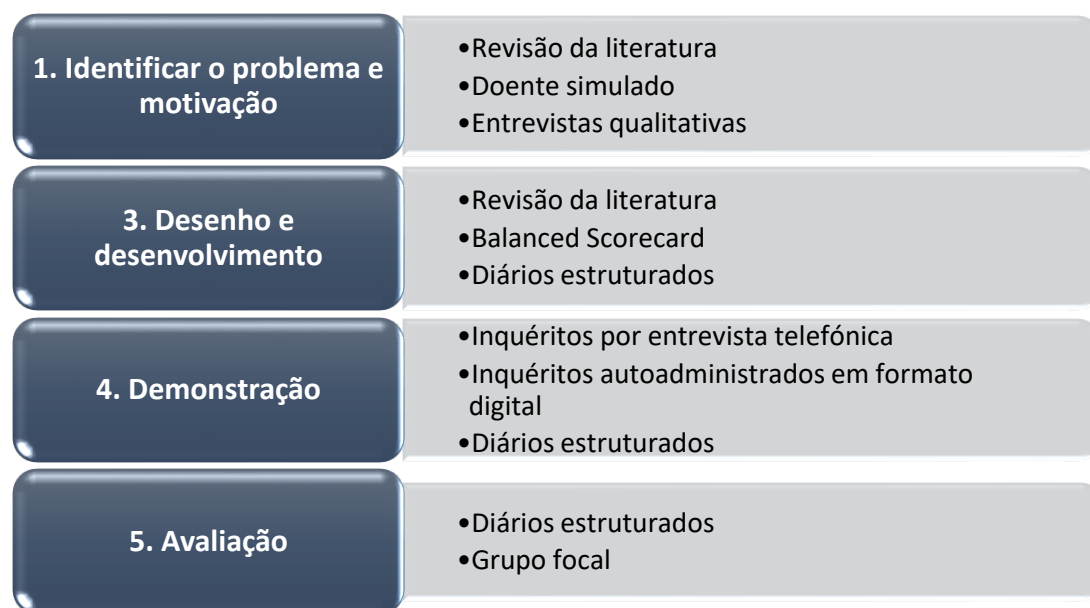


Figura 5 – Relação entre etapas seleccionadas da DSRM e os principais métodos de investigação científica utilizados

A DSRM como desenho de estudo é bastante similar à investigação-ação (*Action Research*). Paradigmaticamente, a investigação-ação pode ser considerada uma forma especial de DSRM, sendo que ambas podem ser aplicadas num mesmo estudo de forma sinérgica, mas apenas a DSRM implica o desenvolvimento de artefactos. Os estudos de investigação-ação contribuem igualmente para investigar as preocupações práticas das pessoas numa problemática imediata, contribuindo também para o avanço da ciência através da colaboração investigadores-participantes em termos mutuamente aceitáveis. De forma análoga à DSRM, as etapas de um estudo de investigação-ação são: diagnóstico, planear a ação, implementar a ação, avaliar e realizar aprendizagem específica (ex. sobre a questão em estudo) (147).

Parte III – Resultados

Nesta terceira parte são descritos em profundidade os três estudos que compõem esta investigação: estudo da qualidade na dispensa de MNSRM em farmácias comunitárias portuguesas, implementação de um balanced scorecard focado na melhoria da gestão da qualidade da dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica e resultados em saúde e satisfação com atendimentos de automedicação em farmácias comunitárias: perspetiva dos clientes.

No capítulo 6 “qualidade na dispensa de MNSRM em farmácias comunitárias portuguesas: caso exploratório”, reporta-se um estudo de caso essencial para as duas primeiras etapas da DSRM, com o objetivo de abordar o desempenho técnico e interpessoal farmacêutico no serviço de dispensa de MNSRM, assim como aspetos que o possam influenciar.

No capítulo 7 “implementação de um balanced scorecard focado na melhoria da gestão da qualidade da dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica”, reporta-se os principais resultados deste estudo composto, sendo que o objetivo coincide com o objetivo geral de desenvolver, testar e implementar uma intervenção organizacional para melhorar a gestão da qualidade do serviço de dispensa de MNSRM.

Finalmente no capítulo 8 “resultados em saúde e satisfação com atendimentos de automedicação em farmácias comunitárias: perspetiva dos clientes”, são explorados em maior detalhe os resultados do BSC na perspetiva do cliente. Em particular, relaciona-se as intervenções farmacêuticas com a satisfação dos clientes e a sua perceção de resolução dos problemas de saúde menores que motivaram o atendimento.

6. Qualidade na dispensa de MNSRM em farmácias comunitárias portuguesas: caso exploratório

O conteúdo deste capítulo foi divulgado através de duas comunicações na forma de pósteres e de um artigo publicado na revista *“Research in Social & Administrative Pharmacy”*.

Neste capítulo, apresentado sob a forma de artigo, é explorada a qualidade do serviço de dispensa de MNSRM numa farmácia escolhida intencionalmente. As etapas “identificar o problema e motivação” e “definir os objetivos de uma solução” são abordados neste capítulo (a primeira na sua totalidade e a segunda em parte).

Na componente do atendimento são exploradas diversas vertentes tais como o desempenho técnico e interpessoal, focando a comunicação, numa variedade de cenários construídos previamente e que simulam as situações diárias mais comuns onde o utente se dirige à farmácia com uma queixa (SbS), ou solicita um MNSRM diretamente pelo nome (PbS).

6.1. Introdução

A automedicação é um fenómeno de crescente importância. Na Europa, os MNSRM registaram um crescimento em valor superior aos medicamentos sujeitos a receita médica MSRM, pela primeira vez em 2008; o valor atual para o mercado total de MNSRM situa-se por volta dos 73€ mil milhões (16).

Em Portugal, o uso de MNSRM para o alívio de doenças menores e limitadas tem sido incentivado pela política de saúde dos governos há mais de uma década, tendo sido produzida uma lista com indicações

aprovadas para a automedicação (4,148). A Tabela 2 descreve informações sobre o contexto em que o serviço de dispensa de MNSRM ocorre.

Tabela 2 - Notas chave sobre a dispensa de MNSRM em Portugal

- Os medicamentos são classificados em medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM), medicamentos não sujeitos a receita médica de dispensa exclusiva em farmácia (MNSRM-EF) e medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM). As duas primeiras categorias estão disponíveis apenas em farmácias; estes últimos estão disponíveis em farmácias e parafarmácias (independentes ou de cadeias comerciais ex. Wells®). Em qualquer caso, os medicamentos só estão disponíveis atrás do balcão.
- Os preços de MNSRM-EF e MNSRM são definidos de acordo com as regras de mercado livre, ao contrário dos MSRM, cujos preços são fixados pelo governo.
- As farmácias são de propriedade e gestão privadas; a propriedade é aberta a não-farmacêuticos (com exceções, como médicos, grossistas e companhias farmacêuticas) e restrita a no máximo quatro farmácias por pessoa aprovada.
- Cada farmácia deve ter na sua equipa pelo menos dois farmacêuticos, o diretor técnico e um farmacêutico substituto, que possa substituir o diretor técnico na sua ausência (farmácias que tenham menos de 60% do valor do volume de faturação médio nacional podem legalmente dispensar o farmacêutico substituto).
- As parafarmácias (independentes ou de cadeia) devem operar com uma pessoa responsável (farmacêutico ou técnico de farmácia) para cada quatro locais.

Há muito tempo que se reconhece que a automedicação pode ser benéfica para as diversas partes interessadas – consumidores, profissionais de saúde, indústria farmacêutica e o sistema nacional de saúde – mas esta não se encontra isenta de riscos (32). O uso inadequado de MNSRM pode aumentar a morbilidade, mortalidade e os custos de saúde associados (1,49).

Os farmacêuticos têm um papel bem definido na automedicação, ao analisar os diferentes sinais e sintomas, auxiliando na seleção do medicamento e aconselhando como efetuar um uso seguro e eficaz do MNSRM (2). As farmácias são frequentemente o primeiro local de escolha para consumidores com doenças menores. No entanto, a literatura mostra que o desempenho das farmácias na dispensa de MNSRM é muitas vezes subótimo (58). É de notar que a maioria dos estudos publicados mediu a adesão dos profissionais aos padrões técnicos comumente aceites, mas apenas uma minoria avaliou os aspetos técnicos e de comunicação interpessoal da dispensa de MNSRM (58,149).

Reconhecendo o potencial de aprendizagem com farmácias cujo desempenho se destaca de acordo com critérios de qualidade aceites para a dispensa de MNSRM, este estudo tem como objetivo abordar o desempenho técnico e interpessoal farmacêutico neste serviço, assim como aspetos que o possam influenciar. É ainda objetivo do estudo explorar a interação e a confiabilidade do uso da linguagem oral pela equipa da farmácia, bem como a autoavaliação da equipa às razões subjacentes ao seu comportamento.

6.2. Métodos

Foi escolhido um desenho de estudo de caso. Esta abordagem permite a investigação de questões complexas num cenário natural, empregando uma abordagem multi-métodos em amostras intencionais (131). Uma farmácia urbana numa zona de elevada afluência populacional foi selecionada intencionalmente, devido ao desempenho destacado num estudo anterior de doente simulado em pequena escala e pela facilidade de acesso (150).

Foi concedida aprovação ética para o estudo pela Comissão de Ética do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz. A equipa da farmácia assinou consentimentos informados e acordos de confidencialidade foram obtidos dos doentes simulados (SPs).

A farmácia foi submetida a visitas dos SPs, utilizando quatro cenários onde o utente se dirige à farmácia com uma queixa (SbS) – tosse seca, diarreia, dispepsia, tosse produtiva (Tabela 3) – e três cenários onde o utente solicita um MNSRM diretamente pelo nome (PbS) – descongestionante nasal tópico, diclofenac oral e contraceção oral de emergência (COE) (Tabela 4). O uso de diversos cenários é justificável considerando que a literatura mostra variações no desempenho das farmácias de acordo com o tipo de cenários, especialmente em SbS versus PbS (64,72,78–80).

Os SPs foram treinados numa sessão de duas horas, que incluiu a montagem dos cenários e o preenchimento de formulários de recolha de dados. Estes consistiram em listas de verificação previamente testadas com critérios interpessoais e técnicos (Tabela 5). Os SPs foram instruídos a não mostrar sinais de pressa ou impaciência, e a aceitar o(s) produto(s) recomendado(s), com exceção do cenário do descongestionante nasal tópico, no qual somente o medicamento Nasex® deveria ser adquirido.

Alguns dos critérios técnicos utilizados para pontuar a avaliação no cenário da COE foram diferentes e específicos: estabelecer quando ocorreu a relação sexual, confirmar que a relação sexual estava desprotegida, perguntar se a COE já tinha sido usada no ciclo menstrual atual, questionar sobre a medicação atual, e recolher outra informação pertinente (por exemplo, se é possível estar grávida e outras condições médicas). No entanto, a conformidade com os critérios descritos na Tabela 5 indicaria que a dispensa de MNSRM foi efetuada com qualidade.

QualMed: Desenvolvimento de uma intervenção com aplicação do Balanced Scorecard com vista à melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

Tabela 3 - Cenários onde os SPs se dirigem à farmácia com uma queixa (SbS)

SbS	Queixa	Informação a ceder quando questionado	Resultado esperado
Diarreia	“Estou com diarreia e queria um medicamento”	“Já fui 3 ou 4 vezes à casa-de-banho com diarreia muito líquida desde ontem. Sem febre, cólicas ou gases. Ainda não tomei nada para a diarreia. Não tomo outros medicamentos.” Sem viagens recentes, mudanças na rotina, outras doenças ou alergias. Depois de um medicamento ser aconselhado, informar que toma a pilula e perguntar se o medicamento aconselhado interfere. Teve diarreia nas 4h seguintes à toma da pílula.	Seleção e dispensa de um MNSRM apropriado, baseando-se numa avaliação adequada seguida de um aconselhamento apropriado.
Dispepsia	“Estou com dor de estômago e queria qualquer coisa para aliviar”	“Sinto dores nesta zona (apontar para zona entre umbigo e o externo), deve ser do stress.” Tem sintomas há 1 mês e já tomou 2 caixas de omeprazol não sujeito a receita médica de acordo com a posologia correta. Não toma outra medicação. Sem fezes escuras ou perda de peso. Nota pioria depois de beber café. Sem outros problemas de saúde ou alergias.	Referenciação ao médico devido à falha do tratamento. ³
Tosse seca	“Quero um xarope para a tosse para a minha mãe”	“A tosse é seca e fica pior à noite, a minha mãe não tem dormido bem no último mês.” Já tomou 2 frascos, não sei o nome. Toma um medicamento para a tensão logo de manhã. Não sabe o nome, mas confirma se questionado lisinopril. Sem outras condições ou alergias.	Referenciação ao médico, baseando-se na duração dos sintomas e possível efeito iatrogénico.
Tosse produtiva	“Queria alguma coisa para aliviar a tosse”	Para o pai que tem tosse produtiva à 2 ou 3 dias. Ainda não tomou nada. Toma medicamentos para a diabetes. Não tem outras condições ou alergias. Não fuma.	Seleção e dispensa de um MNSRM apropriado, baseando-se numa avaliação adequada seguida de um aconselhamento apropriado.

³ Duas semanas é a duração máxima de tratamento aprovada, de acordo com o resumo das características do medicamento.

Tabela 4 - Cenários onde os SPs solicitam um MNSRM diretamente pelo nome (PbS)

PbS	Pedido de MNSRM // O que dizer se nada for questionado	Informação a ceder quando questionado	Resultado esperado
Descongestionante nasal tópico	“Queria uma caixa de Nasex®” // “Há algo melhor? A minha mãe usa isto há umas semanas e não está melhor.”	O medicamento é para a mãe, que usa para o nariz entupido várias vezes ao dia. Já está assim há umas semanas. Ainda só usou o Nasex®, que resultava melhor no início e agora usa mais vezes. Não toma outros medicamentos. Tem asma e muitas alergias.	Referenciação ao médico por suspeita de congestão <i>rebound</i> .
Diclofenac oral	“Queria uma caixa de Voltaren 25®” // “Será que isto faz mal ao estômago?” “A minha/meu namorada(o) sofre do estômago.”	É para a(o) namorada(o). Toma uma cápsula de manhã e outra à noite. Trabalha muito com o computador e de vez em quando tem dores no pulso quando trabalha mais horas. Ainda só usou este medicamento e não toma outra medicação. Já teve úlceras no estômago.	Dispensar o Voltaren 25® ou outro analgésico, baseando-se numa avaliação adequada seguida de um aconselhamento apropriado.
COE	“Queria a pílula do dia seguinte”	Para a própria, a relação sexual ocorreu nas últimas 24h. Nenhum método contraceptivo foi adotado. Nunca tomou a COE e não toma outros medicamentos. Sem problemas de saúde ou alergias. O último ciclo menstrual foi há 2 semanas, não tem razão para crer que esteja grávida.	Dispensar a COE, baseando-se numa avaliação adequada seguida de um aconselhamento apropriado.

Tabela 5 - Critérios para avaliar a qualidade da dispensa de MNSRM*

- Desempenho técnico:
 - Avaliação: perguntar para quem é o medicamento (quando aplicável); obter uma descrição dos sintomas; estabelecer a duração dos sintomas; perguntar sobre medicamentos já tomados para aliviar os sintomas; perguntar sobre a medicação habitual; outras questões pertinentes (condições crónicas); referenciar o consumidor a um médico, quando aplicável.
 - Selecionar o MNSRM apropriado.
 - Aconselhamento: Explicar para que serve o medicamento; aconselhamento verbal sobre a dose; aconselhamento verbal sobre a duração de tratamento; informação sobre a posologia escrita na embalagem; outras informações verbais ou escritas (medidas não farmacológicas, folheto informativo); aconselhamento sobre o que fazer em caso de persistência dos sintomas.
 - Seguimento: Incentiva o consumidor a reportar sobre os resultados do tratamento.
- Desempenho interpessoal:
 - Início da interação consumidor-farmacêutico: cumprimenta o cliente, estabelece a razão pela qual o cliente se deslocou à farmácia; mantém contacto visual.
 - Durante a interação: confirma se o cliente compreende os conselhos dados.
 - Fim da interação: indica o fim da interação; mantém o contacto visual; diz adeus e agradece.

*Esta métrica foi desenvolvida com base em literatura e testada pela 4Choice Health Consultancy para medir a qualidade da dispensa de MNSRM.

Os SPs completaram a lista de verificação imediatamente após cada visita. Adicionalmente, as visitas foram gravadas, o que permitiu a verificação da integridade dos dados e análise da comunicação verbal. Os dados de desempenho foram convertidos em dois índices compostos, o Índice de Desempenho Interpessoal (IPI) e o Índice de Desempenho Técnico (TPI), expressos em percentagem:

$$\text{IPI} = (\text{número de critérios interpessoais cumpridos} / \text{número total de critérios interpessoais aplicáveis}) \times 100$$

$$\text{TPI} = (\text{número de critérios técnicos cumpridos} / \text{número total de critérios técnicos aplicáveis}) \times 100$$

Os resultados do desempenho foram analisados com o auxílio do SPSS® v.18.

As gravações das interações nas visitas à farmácia foram transcritas na íntegra e as elocuções dos participantes – isto é, os menores segmentos de fala distinguíveis – foram identificados, organizados de acordo com o minuto e segundo em que foram proferidos e codificados, empregando as oito categorias superiores de um *framework* inspirado no RIAS (the Roter Interaction Analysis System) (151). As categorias de codificação incluíram questões abertas sobre aspetos médicos, terapêuticos e estilo de vida (LS)/psicossociais (PS), perguntas fechadas sobre questões médicas (por exemplo, “o Sr(a) tem pressão arterial elevada?”), aspetos terapêuticos e de estilo de vida (LS)/psicossociais (PS) (por exemplo, “o Sr(a) esteve de férias recentemente?”), o providenciar de informação médica e/ou terapêutica (por exemplo, “este medicamento não deve ser usado por mais de cinco dias consecutivos”) e aspetos relativos ao estilo de vida ou aspetos psicossociais, e a prestação de conselhos nos tópicos anteriormente referidos. O providenciar de informação é identificado em elocuções relacionadas a todas as informações gerais declaradas de forma não interrogativa e a prestação de conselhos é identificada em elocuções que sugerem ou implicam alguma resolução a ser tomada especificamente pelo doente simulado.

As perspetivas da CPT sobre a qualidade no serviço de dispensa de MNSRM e seu desempenho foram recolhidas através de entrevistas qualitativas semiestruturadas. Os tópicos presentes no guião (Tabela 6) resultam da análise dos resultados das visitas às farmácias pelos SPs, assim como são influenciados pelos objetivos do estudo; durante as entrevistas foi dado feedback sobre o desempenho da farmácia no serviço de dispensa de MNSRM. As entrevistas ocorreram na farmácia, numa área privada, com interrupções mínimas; estas foram gravadas em áudio e transcritas usando as próprias palavras dos participantes.

Tabela 6 - Guião das entrevistas semiestruturadas

Tópicos Principais
1. Qual é o papel da farmácia na automedicação?
2. Considerando a situação em que um utente pede conselho na farmácia (ou seja, apresenta uma queixa): conte-nos uma experiência em que considera ter feito um bom atendimento.
3. Considerando a situação em que um utente pede conselho na farmácia (ou seja, apresenta uma queixa): conte-nos uma experiência em que teve dificuldade no atendimento.
4. O que poderia ser feito para ultrapassar as dificuldades?
5. Considerando a situação em que um utente solicita um MNSRM diretamente pelo nome: conte-nos uma experiência em que considera ter feito um bom atendimento.
6. Considerando a situação em que um utente solicita um MNSRM diretamente pelo nome: conte-nos uma experiência em que teve dificuldade no atendimento.
7. Em relação ao que poderia ser feito para ultrapassar as dificuldades – deseja acrescentar alguma coisa em relação ao que referiu anteriormente?
8. Qual a importância, para si, de fazer bons atendimentos em MNSRM?
9. Sente que a qualidade do atendimento em MNSRM é uma prioridade para a farmácia em que trabalha?
10. Na sua opinião, que medida(s) adotada(s) pelo setor farmacêutico levaria a uma melhoria da qualidade do atendimento em automedicação?

Os dados das entrevistas foram analisados utilizando a *Framework Approach* (152), com o auxílio do NVivo® v10. O modelo tripartido de atitudes foi empregue para desenvolver a estrutura temática. Esta teoria, apresentada por Rosenberg e Hovland, categoriza as respostas aos objetos de atitude em três diferentes tipos: cognitivos, afetivos e comportamentais (153). As respostas cognitivas são fundamentadas em pensamentos e conceções sobre um objeto de atitude e podem ser discernidas como expressões verbais de crenças. Respostas afetivas referem-se a avaliações emocionais e sentimentos expressos verbalmente ou detetados como reações fisiológicas. As respostas comportamentais podem ser expressões de intenções comportamentais ou atos explícitos observados (153).

6.3. Resultados

Dados dos doentes simulados (SPs)

Foram efetuadas um total de 14 visitas. Dez visitas foram consideradas, cobrindo na totalidade os 4 cenários SbS e os 3 cenários PbS apresentados (os cenários da diarreia, tosse produtiva e diclofenac oral foram repetidos duas vezes). As listas de verificação preenchidas subestimaram o desempenho da CPT em 5 visitas e sobrestimaram o seu desempenho em 2 visitas; nas restantes 3 visitas os resultados conferidos pela gravação estavam de acordo com a lista de verificação preenchida. Três visitas foram excluídas da análise, pois a gravação áudio indica que o SP forneceu informação não questionada; uma quarta visita foi excluída uma vez que envolveu um estagiário da farmácia, fora dos critérios de inclusão no estudo.

As visitas consideradas para análise incluíram 1 farmacêutico (P), 1 técnico de farmácia (PT) e 3 técnicos auxiliares de farmácia (CA1, CA2, CA3), que foram posteriormente entrevistados. O farmacêutico esteve envolvido em 5 interações (diarreia, dispepsia, 2 vezes tosse produtiva e COE) e o resto da equipa esteve envolvida nas outras 5 interações (tosse seca, diarreia, descongestionante nasal tópico e 2 vezes diclofenac oral).

No geral, a pontuação média de TPI foi de 50% e a pontuação média de IPI foi de 78%. O TPI foi maior para SbS (63%) do que PbS (31%), enquanto houve pouca diferença no IPI entre SbS (79%) e PbS (76%).

Conforme apresentado na Figura 6, nos SbS, o critério de avaliação mais frequentemente encontrado foi a recolha de informações sobre outros aspetos pertinentes (n=6) e duração dos sintomas (n=5). Em contraste, perguntas sobre “outros medicamentos” foram feitas apenas em uma visita. O número médio de perguntas por visita foi 4. A pergunta “Para quem é o medicamento?” foi feita em 2 das 3 interações aplicáveis. A referência ao médico foi feita em 1 das 2 interações em que este item era aplicável (estas interações não foram analisadas subsequentemente na parte do aconselhamento).

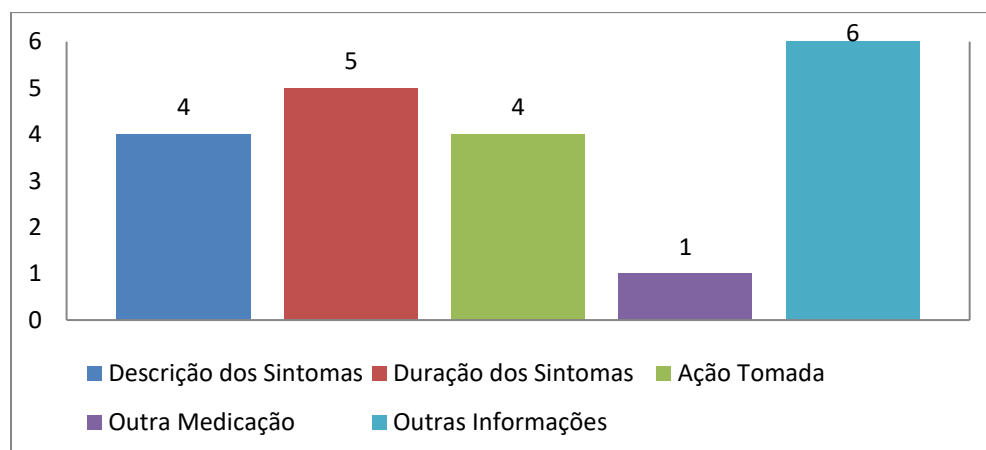


Figura 6 – Desempenho nos SbS (critérios de avaliação)

Relativamente ao aconselhamento em SbS (Figura 7), os critérios que a CPT melhor cumpriu foram o aconselhamento verbal sobre a dosagem (n=5), o aconselhamento verbal sobre a duração do tratamento (n=4) e o fornecimento de informação suplementar verbal ou escrita (n=4). Em contraste, os critérios menos cumpridos foram a posologia escrita (n=1) e aconselhar sobre o que fazer se os sintomas persistirem (n=1).

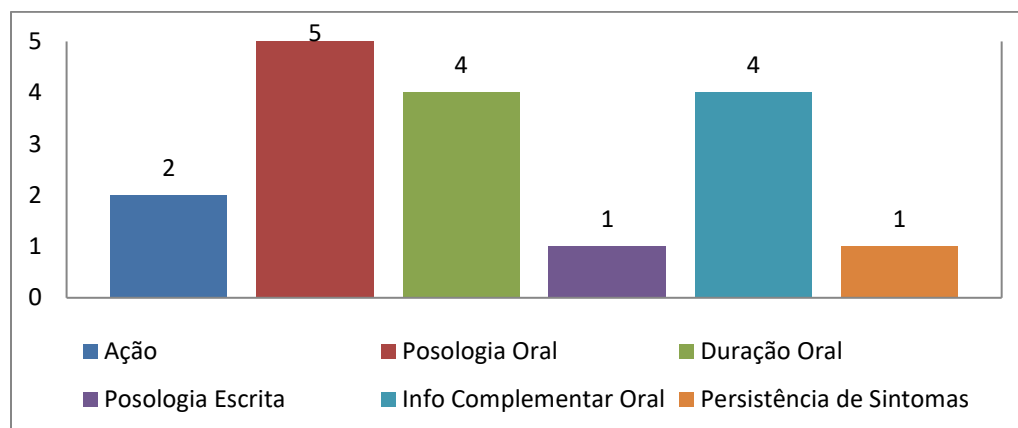


Figura 7 - Desempenho nos SbS (critérios de aconselhamento)

Em relação às interações PbS, a avaliação foi mais pobre (o número médio de perguntas por visita foi de 1) e ocorreu somente após os SPs dizerem o que estava previsto no guião quando nenhuma questão fosse colocada. Critérios como “para quem é o medicamento” ou “ações já tomadas” nunca foram cumpridos. Notavelmente, nenhuma questão foi colocada no cenário da COE. A referência para o médico foi sugerida como uma das opções no cenário de congestão *rebound*, as outras opções dadas foram irrigação nasal com uma solução hipertónica ou água do mar. Referência ao médico foi a recomendação de uma das duas interações em diclofenac oral.

O aconselhamento foi pior em interações PbS, em comparação com interações SbS. Quando o diclofenac oral foi dispensado, o único critério cumprido foi o de fornecer informações suplementares. A dispensa de COE foi acoplada a um aconselhamento verbal sobre dosagem e fornecimento de informação suplementar oral.

Das transcrições das visitas resultaram 129 elocuções pela CPT (92 em SbS e 37 em PbS; 45 do farmacêutico e 84 da restante equipa) e 124 elocuções pelos SPs (79 em SbS e 35 em PbS). No geral, a duração média de uma interação foi de 4 minutos e 20 segundos, variando de 1m:08s a 8m:22s. A análise do conteúdo verbal é apresentada na Tabela 7. As frequências absolutas foram divididas pelo número de interações para obter resultados comparáveis.

QualMed: Desenvolvimento de uma intervenção com aplicação do Balanced Scorecard com vista à melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

Tabela 7 - Comunicação verbal - frequências relativas das categorias codificadas em percentagem: % = (X elocuções / elocuções SbS ou elocuções PbS) x 100

		SbS: CPT	SbS: SPs	PbS: CPT	PbS: SPs
Perguntas Fechadas	1. Médicas	21%	0%	14%	0%
	2. Terapêuticas	7%	10%	14%	6%
	3. Estilo de vida (LS)/Psicossociais (PS)	8%	1%	0%	0%
Perguntas Abertas	4. Médicas	5%	0%	0%	3%
	5. Terapêuticas	3%	0%	3%	3%
	6. LS/PS	0%	0%	0%	0%
Providenciar de informação médica e/ou terapêutica	7. Médicas	0%	33%	3%	20%
	8. Terapêuticas	10%	15%	11%	26%
	9. LS/PS	1%	8%	0%	3%
Prestação de conselhos	10. Médicos terapêuticos e	13%	0%	24%	0%
	11. LS/PS	10%	0%	0%	0%
Outras expressões identificadas	12. Orientação	8%	0%	3%	0%
	13. Diálogo pessoal	13%	30%	27%	37%
	14. Preocupação	1%	0%	3%	0%
	15. Otimismo	1%	3%	0%	3%

Número de interações: SbS = 6; PbS = 4; Farmacêutico = 5; Outros profissionais = 5

Existiu um claro predomínio de questões fechadas (32%), quando comparadas com questões abertas (5,5%). A prestação de conselhos foi mais frequente (23,5%) do que o providenciar de informação médica e/ou terapêutica (12,5%). Interações mais longas não foram necessariamente associadas a uma avaliação mais extensa ou melhor aconselhamento do utente.

Em consonância com os resultados dos SPs, a comparação da informação recolhida em SbS e PbS, mostra que mais perguntas foram feitas no primeiro (44% versus 31%), o que resultou em mais informações dadas pelos SPs (56% e 49%, respetivamente).

Entrevistas Qualitativas

A qualidade do serviço de dispensa de MNSRM em farmácia foi unanimemente considerada importante pelos entrevistados. Razões altruístas e empresariais são chave para compreender esta posição defendida pela CPT. Alguns relatos ilustram uma preocupação com a conveniência dos consumidores. Por exemplo, o farmacêutico disse: *“É muito importante...dispensar MNSRM, pois previne as pessoas de irem a hospitais e centros de saúde quando não há necessidade, e podemos resolver facilmente os seus problemas na farmácia”* (P). Outras perspetivas enfatizaram a preocupação com a vertente do negócio: *“Temos de prestar mais atenção, existe mais concorrência e se conseguirmos mais clientes com MNSRM é uma mais valia para a farmácia, então temos que nos concentrar e focar nisso.”* (PT). Os entrevistados tentaram demonstrar que uma dispensa de MNSRM com qualidade, que diferencia a farmácia dos concorrentes, era benéfico para aumentar e fidelizar clientes. Como um técnico auxiliar de farmácia disse: *“...por causa de toda a concorrência que existe [...], se também tens qualidade no serviço aos clientes, obviamente eles procuram a farmácia...onde se sentem bem, onde se sentem informados”* (CA1).

No entanto, existia uma perceção geral de que as perguntas ou conselhos nem sempre eram bem recebidos pelos consumidores, seja por causa das suas “ideias fixas” sobre os produtos, que poderiam diferir da opinião dos profissionais, ou por causa das suas perceções generalizadas que o medicamento apenas faz bem, potencialmente ignorando os seus riscos: *“...as pessoas acostumaram-se tanto com os medicamentos que parece que é apenas uma coisa simples [...] eles até dizem, mas isso é vendido sem receita...”* (PT). Os entrevistados mostraram consciência da importância de uma boa comunicação interpessoal para superar essas dificuldades.

A análise dos dados da reação da equipa ao seu desempenho mostrou todas as três dimensões das atitudes: afetiva, cognitiva e comportamental. A dimensão afetiva foi expressa como desapontamento, originado como discrepância entre a perceção do desempenho da equipa e as evidências fornecidas a esse respeito, ou como satisfação, quando foi considerado um desempenho aceitável. Além disso, surgiu do ponto de vista emocional sobre o ato de interação para a dispensa de medicamentos, como o stress e a falta de autoconfiança: *“Há situações em que tenho mais dúvidas, onde há mais pressão e me sinto um pouco intimidado”* (CA1). As dimensões cognitivas e comportamentais surgiram quando os funcionários tentaram justificar as suas ações.

Os entrevistados forneceram várias razões justificativas para avaliações incompletas do seu desempenho nas interações. Por exemplo, um técnico auxiliar de farmácia invocou um caso de paracetamol ao tentar demonstrar que nem todas as questões são necessariamente relevantes: *“Existem certos tipos de questões que não precisas de fazer, basicamente o Ben-u-ron⁴ não tem nenhum tipo de interação com outros medicamentos ou doenças, tanto quanto eu me possa lembrar e, portanto, não faz sentido perguntar sobre outros medicamentos ou problemas de saúde”* (CA3).

A divergência de opiniões da equipa sobre o que deve ser feito em interações de MNSRM e os resultados de desempenho recolhidos surgiu ocasionalmente. Este facto é ilustrado pelas opiniões dos entrevistados sobre cenários de pedidos diretos, onde o utente solicita um MNSRM diretamente pelo nome. Embora os dados do desempenho mostrem que a recolha de informações foi escassa, a sua importância foi amplamente reconhecida:

“Acho que temos que ter em mente que não podemos ignorar a avaliação, não podemos saltar imediatamente para o aconselhamento. Muitas vezes, verificamos se a pessoa sabe como tomar o medicamento, mas não verificamos se é realmente necessário ou se é o medicamento certo” (P).

Foi unanime a concordância de como o esquecimento poderia impactar negativamente a avaliação e o aconselhamento; várias questões emergiram como facilitadoras deste problema, tais como cansaço, distrações e pressão de clientes em espera ou que são difíceis:

“...existem também esses casos de esquecimento...o colega está cansado, ou está sobre pressão, ou a pensar noutra coisa e é possível esquecer de fazer todos os passos, todos nós sabemos os passos, certo?” (CA2).

⁴ Marca de comprimidos de Paracetamol

Quando se fala de aconselhamento incompleto, uma posição comum pressupunha que um consumidor que solicitasse um medicamento pelo seu nome já estaria informado sobre ele:

“Eu acho que muitas vezes nós assumimos que se a pessoa pede (pelo medicamento) é porque ela já sabe como usá-lo, sabe para que serve, já o usou anteriormente” (P).

Dois entrevistados discutiram como eles usariam folhetos informativos para substituir o aconselhamento em tópicos considerados embaraçosos para os consumidores, como na COE: *“colocamos o folheto informativo no saco, a pessoa leva para casa e lê (...) às vezes podes tentar explicar no balcão, mas eles ficam com um ar desconfortável” (CA2).*

No que diz respeito à posologia escrita, uma crença comum era de esta não ser bem-vinda pelos consumidores: *“muitas vezes a pessoa não quer que escrevamos na caixa, eles dizem que já sabem...e que não querem (que nós escrevamos).” (P).* Foi reconhecido, que muitas vezes, este facto se baseava nas percepções da equipa, e não necessariamente confirmado questionando o cliente. Outras razões invocadas para não fornecer posologia escrita foram a inconveniência para a farmácia no caso de a transação fracassar e, acreditar que esta era desnecessária, pois o consumidor seria informado oralmente.

Ao discutir facilitadores para melhorar o desempenho da interação, houve concordância geral, sobre a importância da formação. Também foram mencionados protocolos, mnemónicas e o uso de informações sobre os medicamentos presentes no sistema informático da farmácia: *“podemos ver as interações, contraindicações, quase sem que o cliente perceba, e acho que isso ajuda muito” (PT).*

O elogio e encorajamento pelo gerente da farmácia foi unanimemente considerado como um contributo: *“claro que isso ajuda, encorajar e reconhecer o nosso trabalho” (CA3).*

6.4. Discussão

Este estudo foi delineado para explorar a qualidade no serviço de dispensa de MNSRM, tanto de uma perspetiva técnica quanto interpessoal, usando um estudo de caso que envolveu entrevistas em profundidade com a equipa, informadas por uma observação oculta prévia efetuada por via de clientes

simulados para estudar as interações de dispensa. Os estudos de caso utilizam tradicionalmente multi-métodos em pequenas amostras. Apenas uma farmácia foi recrutada para este estudo exploratório e embora isso deva ser reconhecido como uma limitação, produziu percepções interessantes que informaram o desenho de um estudo posterior dentro do programa previsto de trabalho.

Os resultados sugerem que a CPT aceitou os critérios empregues para medir a qualidade do serviço de dispensa de MNSRM, embora cada membro da equipa enfatizasse diferentes aspetos. Idealmente, os critérios de qualidade para medir o desempenho devem ser aceites e compreendidos por todas as partes interessadas no serviço; uma abordagem popular para este propósito é a utilização de uma técnica de consenso (154). No momento da recolha de dados, as métricas utilizadas neste estudo não foram validadas, embora outros estudos publicados abordando temáticas similares também padeçam do mesmo problema (72,79).

No geral e com base nos critérios de qualidade utilizados, o desempenho técnico foi satisfatório (50%) e o desempenho interpessoal foi excelente (78%). Em concordância com a literatura (64,72,78–80) o desempenho técnico foi maior para SbS (63%) do que para PbS (31%). Nestes últimos, a avaliação foi limitada ou ausente. Uma análise mais refinada da comunicação interpessoal mostra que a equipa tende a controlar a troca de informações e seus conteúdos por meio de um questionamento fechado (32%), quando comparado com o uso de questões abertas (5,5%). A análise dos dados qualitativos mostrou que tanto as questões cognitivas, como por exemplo os preconceitos da equipa, quanto as questões emocionais, como por exemplo o stresse e motivação, influenciaram o desempenho das interações na dispensa de MNSRM. A motivação da equipa na qualidade da dispensa de MNSRM baseou-se em características pessoais, como altruísmo, preocupação empresarial e incentivo da liderança.

Um outro estudo, que comparou os dados recolhidos através de listas de verificação pelos SPs com a respetiva gravação de áudio, revelou 10% de variação nos dados (112). No presente estudo, a gravação de áudio também foi utilizada para verificar a integridade dos dados o que levou à exclusão de visitas não

conformes, aumentando assim a validade dos resultados. O facto de os SPs nem sempre se terem comportado de acordo com as instruções enfatiza a importância de seleccionar pessoas confiáveis, treiná-las apropriadamente e manter procedimentos de controlo de qualidade durante a recolha de dados.

O uso excessivo de perguntas fechadas nas interações é corroborado pela literatura (149,151). Todos, exceto um técnico auxiliar de farmácia, forneceram exemplos de perguntas fechadas terapêuticas comumente usadas, que estavam entre as perguntas mais frequentes. Embora a maioria dos entrevistados fornecesse exemplos de questões abertas médicas e terapêuticas, a análise da comunicação oral nas interações mostra que estas raramente eram feitas. Este facto pode comprometer a recolha efetiva de informações, especialmente se perguntas fechadas forem usadas desde o início da interação com o cliente (151).

A prevalência de providenciar de informação médica e/ou terapêutica em geral (23,5%) versus a prestação de conselhos pessoais (12,5%) não é surpreendente, considerando a estrutura em que os farmacêuticos e os outros membros da equipa são formados e o contexto da prática. Não obstante, na falta de recolha efetiva de informações na avaliação, adaptar a prestação de conselhos às necessidades e desejos dos utentes pode ser um desafio. Outros estudos também identificaram a necessidade de consultas farmacêuticas mais orientadas para o utente (149,151,155,156).

Dada a natureza sensível das solicitações da COE, estas interações devem ocorrer numa área privada (68,73). No presente estudo essa opção não foi oferecida à doente simulada, embora a farmácia estivesse equipada com uma área de consulta sentada e separada. Não foram obtidos dados sobre as razões subjacentes à não utilização desta infraestrutura. Um recente estudo de validação das métricas utilizadas para medir a qualidade na dispensa de MNSRM sugere que o uso de áreas de consulta privadas pode padecer da limitação de uma perceção de maiores tempos de interação, julgados impraticáveis à luz do atual sistema de remuneração do trabalho realizado (157). Além disso, alguns membros da equipa foram da opinião de que alguns consumidores se sentiam confortáveis com as interações que ocorriam no balcão. Uma pesquisa australiana sobre experiências de mulheres que obtiveram a COE em farmácias comunitárias mostrou que 38% sentiam que não havia privacidade suficiente, geralmente porque não conseguiam conversar em particular ou podiam ser observados por outras pessoas ao adquirir o medicamento (158). Embora a falta ocasional de clientes na farmácia possa garantir a privacidade (relativamente a outros clientes, mas não aos restantes membros da equipa da farmácia), mesmo quando

as interações ocorrem ao balcão, é necessária mais investigação sobre as preferências dos consumidores a esse respeito.

Os facilitadores identificados pelos participantes para melhorar o desempenho não são inesperados. Por exemplo, a formação foi unanimemente citada a esse respeito; no entanto, existe literatura que considera essa abordagem insuficiente para melhorar o desempenho (82). É improvável que a mudança esteja dependente de um único fator (159). Pelo contrário, a influência da liderança lembra-nos que o desempenho da equipa não pode ser isolado do contexto organizacional e de gestão, incluindo aspetos como cultura organizacional (85), flexibilidade organizacional (86) e visão empresarial (87).

6.5. Conclusões

A qualidade no serviço de dispensa de MNSRM parece ser influenciada por questões cognitivas e emocionais. Este facto sugere que intervenções de melhoria multimodal são necessárias, visando não apenas as habilidades de comunicação técnica e interpessoal, mas também o contexto organizacional. Ferramentas de gestão, como o Balanced Scorecard, que leva em conta as perspetivas dos clientes, processos internos, inovação e aprendizagem e a perspetiva financeira, parecem inexploradas, mas podem mostrar-se importantes ao abordar a melhoria na qualidade da dispensa de MNSRM.

Mais pesquisa é necessária nas perspetivas dos clientes, pois este estudo sugere que existem discrepâncias nas perceções de “qualidade” entre os consumidores e as CPT. Igualmente, estudos de maior dimensão, envolvendo entrevistas em profundidade com profissionais informados por uma observação oculta prévia efetuada por via de clientes simulados para estudar as interações de dispensa, permitiriam uma melhor compreensão das razões subjacentes das discrepâncias entre as perceções da equipa e os seus comportamentos, assim como possíveis facilitadores para melhoria do desempenho.

QualMed: Desenvolvimento de uma intervenção com aplicação do Balanced Scorecard com vista à melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

7. Implementação de um balanced scorecard focado na melhoria da gestão da qualidade da dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

O conteúdo deste capítulo foi divulgado através de uma comunicação na forma de póster, num seminário aberto aos participantes do presente estudo (implementação do BSC) e a outros farmacêuticos, especialmente os envolvidos em tarefas de gestão e de um artigo submetido à revista “*Research Notes*” da BioMed Central (BMC).

Neste artigo é reportada a experiência de planear e implementar uma ferramenta de gestão, o Balanced Scorecard (BSC), para melhoria da gestão da qualidade do serviço de dispensa de MNSRM em farmácias comunitárias. Este capítulo surge no seguimento do anterior, usando os *inputs* deste sobre os fatores envolvidos na qualidade do serviço para em colaboração com as CPT de cinco farmácias, implementar o BSC ajustando à realidade individual de cada farmácia.

7.1. Introdução

A dispensa de MNSRM e o aconselhamento aos consumidores sobre esses medicamentos são missões centrais para os farmacêuticos comunitários (2). Este serviço tem o potencial de reduzir com segurança os custos inerentes à resolução destas patologias menos complicadas, evitando consultas em *settings* mais dispendiosos para o consumidor e para o serviço nacional de saúde (centros de saúde, hospitais, entre outros). Por exemplo, um estudo recente do Reino Unido estimou que 5% das visitas aos serviços de emergência e 13% da prática em medicina geral e familiar (para casos de patologias menos complicadas) poderiam ter sido resolvidas em farmácias comunitárias (30,160). O envolvimento de

farmacêuticos pode igualmente ser fundamental para reduzir os riscos associados à automedicação. A literatura sugere que o público tem pouca consciência dos riscos potenciais do uso a longo prazo dos MNSRM, bem como uma perceção infundada de que os MNSRM são demasiadamente fracos para causar danos de saúde (161).

Embora as farmácias comunitárias tenham um papel indiscutível na automedicação assistida, o seu desempenho é frequentemente sub-ótimo (58,111). Estudos realizados pela Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor (DECO) em Portugal corroboram a literatura internacional (61,62).

O estudo exploratório anterior (capítulo 6) sugeriu que questões cognitivas e emocionais da CPT podem influenciar a qualidade da dispensa de MNSRM (162). Um estudo lituano mostrou que o fornecimento de informações ao doente está, pelo menos parcialmente, ligado a variáveis organizacionais (163). É, portanto, provável que a melhoria da qualidade requeira intervenções multimodais, visando não apenas as habilidades técnicas e interpessoais da CPT, mas também o contexto organizacional. A melhoria da qualidade tem sido descrita como uma estratégia que contém mudanças estruturais ao nível organizacional (164).

O conceito de “cultura organizacional” apresenta-se de maior importância na compreensão do funcionamento de uma organização, estando para a organização como a personalidade está para o indivíduo e encontra-se descrito no capítulo 2, página 28/29. Todos estes aspetos ajudam a definir o carácter e as normas da organização e, portanto, podem influenciar o serviço de dispensa de MNSRM.

Uma revisão efetuada por Jacobs *et al.* em 2011 (98) indica que a cultura organizacional tem sido pouco investigada na farmácia comunitária. No entanto, os trabalhos publicados sugerem que esta tem um impacto nas CPT, a nível de serviços prestados e resultados empresariais atingidos, destacando a importância da dicotomia (saúde vs negócios) existente nas farmácias no seu papel profissional (98,165).

São raros os estudos publicados sobre um serviço de dispensa de qualidade de MNSRM a partir de uma abordagem organizacional, abrangendo aspetos como a cultura organizacional. O presente estudo visa abordar essa lacuna de conhecimento, planeando, implementando e testando um instrumento de gestão, o BSC, em farmácia comunitária.

7.2. Métodos

O estudo foi aprovado por uma comissão de ética institucional do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, sob o número 14-2016.

Seguiu-se a *Design Science Research Methodology* (DSRM). Esta abordagem permite investigar a conexão entre investigação e prática profissional, projetando, implementando e avaliando artefactos, que respondem a uma necessidade específica (145,146). Assim, os principais resultados deste desenho de estudo (DSRM) são artefactos, neste caso, um modelo de gestão BSC para melhorar a gestão da qualidade do serviço de dispensa de MNSRM em farmácias comunitárias. O DSRM envolve seis etapas consecutivas: identificar o problema e motivação, definir os objetivos de uma solução, desenho e desenvolvimento, demonstração, avaliação e comunicação (145).

1. Identificar o problema e motivação

Esta etapa consistiu inicialmente na revisão da literatura nacional e internacional, assim como no estudo exploratório anterior descrito no capítulo 6 (162). A evidência obtida alimentou a discussão com as equipas das farmácias comunitárias (CPT) para validação do problema e motivação para a sua resolução.

2. Definir os objetivos de uma solução

O objetivo definido foi a melhoria da qualidade do serviço de dispensa de MNSRM, do ponto de vista organizacional. Os fatores que influenciam este serviço não incluem apenas competências das CPT (técnicas e interpessoais), mas também as variáveis organizacionais, como a satisfação profissional e a cultura organizacional (85).

3. Desenho e desenvolvimento

O BSC é uma ferramenta de gestão que pode ser usada para alinhar a estratégia e as ações das farmácias, por meio de elementos mensuráveis, ou seja, indicadores de gestão. O termo “balanced”, denota o equilíbrio resultante do uso de indicadores relativos a quatro perspetivas essenciais: a perspetiva dos clientes, os processos organizacionais internos, a inovação e aprendizagem (preparação para os resultados no futuro) e a perspetiva financeira (análise dos resultados no passado). A gestão da qualidade depende do estabelecimento de objetivos para os indicadores em cada perspetiva e da avaliação regular do seu grau de cumprimento (92).

Treze indicadores foram inicialmente identificados como essenciais para a melhoria do serviço, com base na discussão com a equipa da primeira farmácia piloto (Tabela 8). Estes foram posteriormente debatidos com cada CPT, para averiguar a sua aplicabilidade e relevância, e estabelecer objetivos, através de um processo de investigação-ação (166,167).

Nesta etapa, cada CPT definiu os seus objetivos para os indicadores do BSC, alinhando com a estratégia da farmácia de modo a permitir uma melhor gestão. O monitoramento sistemático desses indicadores, pode ajudar a CPT a alcançar resultados com menor esforço financeiro e usar recursos para criar mais valia junto dos seus clientes. As farmácias e respetivas equipas foram recrutadas com auxílio de um folheto informativo sobre o estudo ([Anexo 1](#)).

Tabela 8 - Os treze indicadores identificados para o BSC

Dimensões do BSC	Indicadores
1. Perspetiva dos Clientes	1.1 Intervenção farmacêutica em automedicação assistida (número de interações)
	1.2 Satisfação dos clientes com o serviço de dispensa de MNSRM (pontuação de 1 a 5)
	1.3 Melhoria autorreportada pelo cliente (proporção)
	1.4 Reclamações com o serviço de dispensa de MNSRM (número)
2. Processos Organizacionais Internos	2.1 Satisfação profissional (pontuação de 1 a 7)
	2.2 Alterações ou melhorias implementadas nos processos críticos (número)
3. Inovação e Aprendizagem	3.1 Cultura organizacional (percentagem)
	3.2 Formações relacionadas com MNSRM (número de formações)
	3.3 Número de sugestões propostas pelas CPT para uma melhor abordagem nos MNSRM (número)
	3.4 Número de sugestões propostas pelas CPT para uma melhor abordagem nos MNSRM VS. Medidas realmente implementadas (percentagem)
4. Perspetiva Financeira	4.1 Valor de vendas de MNSRM e relação desse valor VS. o valor de vendas totais (percentagem)
	4.2 Número de embalagens de MNSRM vendidas e relação desse valor VS. o número de embalagens totais vendidas (percentagem)
	4.3 Margem de venda de MNSRM (valor)

A intervenção farmacêutica em automedicação assistida (Indicador 1.1, Tabela 8) resultou do registo das interações dos membros da CPT com clientes selecionados. A intervenção farmacêutica seguiu um procedimento previamente testado e adaptado de dois estudos (162,168). A CPT convidou clientes elegíveis com a ajuda de uma folha de informação sobre o estudo, que incluiu uma secção de consentimento informado escrito. Os colaboradores foram instruídos a, diariamente durante o período de estudo, recrutar o primeiro cliente envolvido numa interação de automedicação, desde que a carga de

trabalho o permitisse (e.g. clientes em espera). Era indiferente o membro da CPT que participasse na interação. As farmácias participantes foram convidadas ao recrutamento de 100 clientes no período de seis meses da intervenção do estudo. Adicionalmente foram instruídas explicitamente a não recrutar os clientes seletivamente com base em características favoráveis que pudessem influenciar os resultados⁵. A intervenção farmacêutica ([Anexo 2](#)) consistiu em duas etapas: primeiro o colaborador identifica a farmácia onde ocorre a interação e realiza uma avaliação básica da situação baseada nas cinco questões essenciais do WWHAM (76), em seguida o colaborador regista a sua intervenção escolhendo entre três opções: aconselhamento de MNSRM e/ou outros produtos, referenciação ao médico sem dispensar MNSRM e/ou outros produtos, referenciação ao médico, dispensando um MNSRM e outro produto para alívio da situação até à consulta. Na primeira e terceira opção (onde um MNSRM e/ou outro produto é dispensado), o colaborador realiza a seleção do tratamento e fornece aconselhamento adequado. Este procedimento foi utilizado para melhorar a qualidade do serviço de dispensa de MNSRM, enquanto se documenta a interação com o Google Forms® (162,168). Os resultados deste indicador foram autorreportados pelas CPT e analisados conjuntamente com cada CPT nas reuniões mensais.

A satisfação dos clientes com o serviço de dispensa de MNSRM (Indicador 1.2, Tabela 8), foi apurado por meio de entrevistas telefónicas, baseadas num estudo de Armando *et al.* de 2008, adaptado para português (169). O questionário resultante foi alinhado com o indicador e simples de aplicar. Dados demográficos foram recolhidos para caracterizar os respondentes. Os resultados deste indicador foram analisados com cada CPT nas reuniões mensais.

A melhoria autorreportada pelo cliente (Indicador 1.3, Tabela 8) foi obtida por meio de inquérito administrado via entrevista telefónica e consistiu em perguntar aos clientes participantes se, após a intervenção, eles se sentiam um pouco melhor, muito melhor ou nada melhor. Os dois primeiros resultados foram considerados intervenções bem-sucedidas e o último uma intervenção fracassada. Os resultados deste indicador foram obtidos em simultâneo com os relativos à satisfação dos clientes e analisados mensalmente com as CPT.

⁵ O recrutamento é descrito mais pormenorizadamente no oitavo capítulo (página 118), que explora a perspetiva do cliente em maior detalhe.

As reclamações com o serviço de dispensa de MNSRM (Indicador 1.4, Tabela 8), foram escolhidas pelo seu potencial para identificar pontos fracos no serviço e adequar o serviço às necessidades dos clientes. Este indicador consistia no número de reclamações documentadas no livro de reclamações da farmácia.

A satisfação profissional (Indicador 2.1, Tabela 8) mostra o potencial nível de insatisfação das CPT, o que tem sido associado a um pior desempenho no trabalho e pode, portanto, influenciar a qualidade do serviço de dispensa de MNSRM (170). A versão portuguesa do questionário de *Warr, Cook e Wall* ([Anexo 3](#)) foi empregue para recolha de dados (171). Esta escala tem a vantagem de ser simples de usar e tem sido utilizada em inúmeros estudos no âmbito da saúde (170,172). Os dados relativos a este indicador foram obtidos e divulgados às CPT no formato previsto no BSC, i.e. no início da intervenção BSC (primeiro mês), a meio (terceiro mês) e no final da intervenção (sexto mês). O indicador foi pontuado de 1 a 7, com o seu valor a resultar do somatório das pontuações individuais das 15 questões (de 1 a 7) e dividindo por 15.

Os processos críticos identificados na farmácia piloto foram: receção e organização de medicamentos na farmácia e gestão da informação a transmitir ao cliente sobre esses medicamentos. A relevância destes processos para as farmácias participantes foi analisada através de um processo de investigação-ação. Houve uma reunião, antes da aplicação, com o gestor da farmácia para co-definir os processos e regras críticas para o monitoramento, bem como a identificação da evolução destes processos (167). As CPT foram então encarregadas de efetuar alterações ou implementar melhorias continuamente nos processos identificados em todos os aspetos (como tempo, organização, recursos, etc.). Este indicador (Indicador 2.2, Tabela 8) foi medido em número de alterações ou melhorias implementadas em relação aos processos críticos, e os seus resultados autorreportados e registados nas farmácias, foram analisados com as CPT nas reuniões mensais.

Em relação à cultura organizacional (Indicador 3.1, Tabela 8), aplicou-se o questionário de Cameron e Quinn ([Anexo 4](#)) (173). Trata-se de um instrumento simples e validado, considerado hoje como um padrão

relativamente a modelos de gestão (174). Este indicador foi medido em percentagem, indicando o tipo de cultura (hierárquica, clã, orientada para o mercado e adocrática). Os resultados do indicador foram obtidos e divulgados às CPT no formato previsto no BSC, no início da intervenção BSC (primeiro mês), a meio (terceiro mês) e no final da intervenção (sexto mês).

A cultura hierárquica é a tradicional das organizações mais complexas tendo surgido na primeira metade do século XX e baseada em sete características: regras, especialização, meritocracia, hierarquia, propriedade separada, impessoalidade e responsabilidade. Uma organização com estas características é altamente eficiente a atingir o seu objetivo e consistente nos seus produtos ou serviços, com o pressuposto de um ambiente estável. Linhas claras de decisão e autoridade, regras standardizadas e procedimentos, controlo e mecanismos de responsabilidade são vitais para o sucesso. Os principais problemas de uma organização com uma cultura hierárquica dominante são a falta de previsibilidade e estabilidade, possíveis alterações de leis e regras, dificuldade na inovação e diferenciação (173).

A cultura orientada para o mercado é orientada para o ambiente externo, delegando menor importância aos seus assuntos internos (como por exemplo procedimentos). Este tipo de cultura significa que a organização é focada em criar uma vantagem competitiva através do aprimoramento das suas ligações com os seus distribuidores, clientes, subcontratados, sindicatos e reguladores. Neste tipo de cultura, o controlo interno é mantido numa óptica economicista e mecanismos de mercado tais como incentivos e percentagens do valor realizado. Esta cultura é baseada em resultados e focada nas necessidades dos clientes, sendo particularmente eficaz para organizações que se encontram em ambientes hostis e com necessidade de aumentar a sua competitividade. A cultura orientada para o mercado tem tendência para diminuir à medida que a organização se vai tornando bem sucedida e atingindo os seus objetivos, tornando-se mais complacente e estável (173).

A cultura clã obtém o seu nome pela similaridade que tem com uma organização familiar, valores e objetivos partilhados, coesão, participação, individualidade e um sentimento de pertença são ilustrativos deste tipo de cultura. Em vez de regras ou procedimentos hierárquicos a organização foca-se em características como trabalho de equipa, programas de envolvimento dos trabalhadores e compromissos corporativos com os trabalhadores. Estas características são evidenciadas por um trabalho semiautónomo com recompensas baseadas nas realizações obtidas no trabalho da equipa (e não individuais). A

organização facilita a criação de um ambiente de trabalho favorável e é o objetivo da gestão capacitar os seus trabalhadores e facilitar a sua participação, compromisso e lealdade (173).

A cultura adocrática surgiu com a mudança do mundo da era industrial para a era da informação, tendo como principal vantagem ser a mais responsiva perante um ambiente hiper-turbulento de constante e rápida mudança. Com a cada vez mais rápida diminuição da vida útil dos produtos e vantagens de um determinado serviço, foram criadas certas premissas em que uma organização atinge o sucesso apenas se mantiver uma postura de constante inovação e procura por produtos e serviços pioneiros, sendo que a organização se foca na preparação do seu futuro. É assumido que a adaptação e inovação levam a novos recursos e rentabilidade, pelo que a gestão promove o empreendedorismo, a criatividade e a atividade inovadora. Neste tipo de cultura não existe um foco no poder centralizado ou relações de autoridade, sendo o foco no indivíduo ou nas equipas de trabalho. As organizações adocráticas são dinâmicas, empreendedoras e locais de trabalho onde a criatividade e inovação são constantes, sendo igualmente organizações orientadas para o risco. A permanência deste tipo de cultura depende do foco da organização em antecipar o futuro e criar projetos inovadores, terminando se não for devidamente incentivada pela gestão (173).

As formações relacionadas com MNSRM (Indicador 3.2, Tabela 8), foram utilizadas para identificar fragilidades e promover o conhecimento atualizado dos colaboradores no serviço de dispensa de MNSRM, incentivando a uma maior participação em formações. Estimular a discussão interna sobre como operacionalizar o conhecimento da formação deve permitir uma melhor gestão do conhecimento adquirido ou renovado. O indicador foi medido pelo número absoluto de formações relacionadas com MNSRM e os seus resultados (autorreportados e registados nas farmácias) foram analisados com as CPT nas reuniões mensais.

O número de sugestões propostas pelas CPT para uma melhor abordagem nos MNSRM (Indicador 3.3, Tabela 8) teve como objetivo promover a inovação contínua para novas realidades, clientes, MNSRM, bem

como incentivar a participação dos farmacêuticos em relação à melhoria contínua do serviço. O indicador foi quantificado pelo número absoluto de sugestões feitas pelas CPT (autorreportado e registado nas farmácias) e os seus resultados foram analisados nas reuniões mensais.

O número de sugestões propostas pelas CPT para uma melhor abordagem nos MNSRM versus medidas realmente implementadas (Indicador 3.4, Tabela 8), foi utilizado para complementar o indicador anterior, medindo-se a percentagem de sugestões e inovações realmente implementadas. Através da análise dessa percentagem foi possível observar se as sugestões propostas estavam a ser adequadas e concretizáveis, para melhorar o serviço, e se não, para desencadear a discussão de “porque” deveria ser utilizado, enfatizando a necessidade de inovação contínua. Os resultados deste indicador foram um percentual relacionado com as sugestões realmente implementadas do indicador 3.3; os seus resultados autorreportados e registados nas farmácias foram alvo de observação e análise nas reuniões mensais.

A perspetiva financeira compreendeu três indicadores: valor de vendas de MNSRM e relação desse valor VS. o valor de vendas totais (Indicador 4.1, Tabela 8), número de embalagens de MNSRM vendidas e relação desse valor VS. o número de embalagens totais vendidas (Indicador 4.2, Tabela 8) e margem de venda de MNSRM (Indicador 4.3, Tabela 8). Estes indicadores permitiram analisar se uma melhoria no serviço de dispensa de MNSRM resultou em melhores resultados financeiros para a farmácia, ao mesmo tempo que se tentava garantir a fidelização de novos clientes e melhorar a confiança e a satisfação dos clientes. Os resultados destes indicadores foram analisados nas reuniões mensais.

4. Demonstração

Para assegurar variabilidade nas condições de desenvolvimento e teste sob o BSC obteve-se uma amostragem intencional de cinco farmácias comunitárias com diferentes características, como localização (urbana, suburbana e rural) e número de colaboradores (como indicador representativo da faturação da farmácia). Em Portugal, o número médio de colaboradores em farmácia comunitária são sete, três dos quais farmacêuticos (89).

Devido às reuniões mensais necessárias para apoiar as farmácias participantes na aplicação do BSC, efetuar seguimento da aplicação e análise contínua, a intervenção BSC foi dividida por dois períodos de seis meses cada, para assegurar uma aplicação consistente do modelo BSC. O primeiro período

compreendeu a intervenção na farmácia piloto e uma outra farmácia; o segundo período consistiu na implementação do BSC nas três farmácias restantes.

5. Avaliação

A implementação do BSC e seus resultados foram analisados durante seis meses, em reuniões mensais com cada CPT: Nestas reuniões os resultados de cada indicador e o seu significado foram monitorizados e ações foram tomadas: quando o indicador se encontrava abaixo do valor esperado foi proposta uma medida corretiva para alterar a tendência do indicador. Na reunião seguinte, a eficácia da medida corretiva foi analisada e alterada quando julgado necessário. Durante a implementação do BSC nas farmácias, o investigador manteve um diário para registar as informações pertinentes sobre as discussões mensais do BSC, interações com as CPT sobre a implementação do BSC, medidas corretivas propostas e implementadas sobre indicadores com resultados subóptimos e o seu resultado.

No final do processo, a utilidade e aplicabilidade do BSC e as mudanças propostas para a gestão da farmácia foram estudadas por meio de um grupo focal, organizado no final de um seminário sobre a aplicação do BSC ao serviço de dispensa de MNSRM na farmácia comunitária – “Balanced Scorecard: reflexões sobre a aplicação ao serviço de dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica”. O seminário incluiu uma apresentação dos dados do estudo anonimizados, para suscitar a reflexão e discussão. Como o seminário foi aberto a todos os farmacêuticos interessados mediante assinatura de um consentimento informado ([Anexo 5](#)), decidiu-se convidar também os farmacêuticos que não participaram na intervenção BSC para o grupo focal. Previa-se que comparar e contrastar dados para esses dois grupos poderia ser interessante.

O guião para o grupo focal foi desenvolvido com base nos objetivos do estudo e testado numa das farmácias participantes. O guião continha dez questões no total, organizadas em cinco secções: o aquecimento (uma questão) usada para que os participantes se sentissem mais à vontade; a secção introdutória (uma questão) e a secção de transição (três perguntas), ambas utilizadas para a introdução

temática; a secção de perguntas-chave (seis perguntas) o corpo principal do guião; e a secção de fecho do grupo focal com uma questão final ([Anexo 6](#)).

Os dados do grupo focal foram analisados usando a *Framework Approach* (152), e o software NVivo® v10. O modelo tripartido de atitudes foi empregue para desenvolver o fundo temático. Conforme descrito no estudo anterior (capítulo 6) onde esta teoria também foi empregue, esta teoria proposta por Rosenberg e Hovland, categoriza as respostas a objetos de atitudes em tipos cognitivos, afetivos e comportamentais (175). As respostas cognitivas são fundamentadas em pensamentos e conceções sobre o objeto de atitude e podem ser discernidas como expressões verbais de crenças. Respostas afetivas refere-se a avaliações emocionais e sentimentos expressos verbalmente ou detetados como reações fisiológicas. Respostas comportamentais podem ser comportamentos relatados, expressões de intenções comportamentais ou atos explícitos observados (175).

6. Comunicação

Esta atividade consistiu numa apresentação em poster num evento científico (EHMA Porto, junho de 2016), assim como o seminário anteriormente mencionado, sobre a aplicação do BSC ao serviço de dispensa de MNSRM em farmácia comunitária, creditado pela ordem dos farmacêuticos e aberto a todos os farmacêuticos interessados, bem como num artigo a publicar numa revista científica.

7.3. Resultados

Devido à natureza do estudo de prova de conceito, aos recursos necessários para um estudo desta natureza e à natureza individual do BSC no alinhamento estratégico das equipas com a gestão numa organização, foi determinado que uma amostra de cinco farmácias representativas de diferentes realidades encontradas no território nacional (em termos de colaboradores e localização) seria o ideal

para cumprir o objetivo pré-determinado. As características das cinco farmácias comunitárias participantes em termos de colaboradores e localização são as seguintes⁶:

- A – Suburbana, quatro colaboradores, utilizada para o estudo piloto inicial;
- B – Urbana, quatro colaboradores;
- C – Urbana, nove colaboradores, abriu ao público um mês antes do início do estudo;
- D – Urbana, treze colaboradores;
- E – Urbana, sete colaboradores.

A grande maioria dos colaboradores das farmácias participantes eram farmacêuticos (73%), salientando que a farmácia A tinha uma equipa composta inteiramente por farmacêuticos. Os resultados obtidos neste estudo, através da implementação do BSC para o serviço de dispensa de MNSRM em cinco farmácias, foram divididos nas quatro perspetivas essenciais do BSC: clientes, processos organizacionais internos, inovação e aprendizagem, e financeira.

No geral, várias barreiras foram apresentadas pelas CPT e registadas no diário (utilizado para documentar informação pertinente sobre a implementação do BSC nas visitas mensais), como dificuldades na implementação do BSC, tais como: falta de tempo, escassez de pessoal, indisponibilidade dos clientes, reclamações dos clientes sobre a intervenção farmacêutica ser demasiado longa, falta de conhecimentos de informática e baixa motivação (por exemplo, falta de alinhamento com os incentivos dos gestores). No entanto, a orientação dada pelos investigadores foi considerada positiva.

⁶ A Ruralidade foi considerada observando as características definidas pelo Instituto Nacional de Estatística “INE” para densidade populacional descritas em - https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_cont_inst&INST=6251013&xlang=pt

QualMed: Desenvolvimento de uma intervenção com aplicação do Balanced Scorecard com vista à melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

Perspetiva dos Clientes

Foram recrutados 192 clientes durante este estudo; 125 foram contactados posteriormente via telefone para verificar a sua satisfação com o serviço de dispensa de MNSRM (Indicador 1.2) e verificar a sua melhoria autorreportada (Indicador 1.3). As farmácias reportaram que 31 clientes recusaram participar. Durante o curso do estudo não houve reclamações com o serviço de dispensa de MNSRM registadas no livro de reclamações (Indicador 1.4).

Tabela 9 - Resultados dos Indicadores da Perspetiva dos Clientes

Indicador	Farmácia A	Farmácia B	Farmácia C	Farmácia D	Farmácia E	Total (T)/ Média (M)
1.1 Número de intervenções farmacêuticas em automedicação assistida (posteriormente contactados)	47 (35)	45 (34)	20 (11)	41 (26)	39 (19)	192 (125) / 38
1.2 Satisfação dos clientes (1 a 5)	4.64	4.64	4.72	4.69	4.87	4.71 (M)
1.3 Melhoria autorreportada	94.29%	91.18%	100%	96.15%	94.17%	95.27%

Dos 125 clientes que foram posteriormente contactados, sete relataram não terem melhorado (5.6%), 48 melhoraram um pouco e 70 melhoraram bastante. A distribuição dos resultados da melhoria autorreportada pelo cliente é homogénea pelas cinco farmácias participantes.

No período de seis meses do estudo, nenhuma farmácia contactou nem metade dos 100 clientes inicialmente propostos. Falta de conformidade com as diretrizes do estudo para o recrutamento de clientes foi justificada com a elevada carga de trabalho, falta de colaboradores e frequentes trocas de colaboradores, indisponibilidade dos clientes (a farmácia B relatou que esta questão é mais crítica na dispensa de MNSRM devido à dispensa destes medicamentos noutros locais que não farmácias, como parafarmácias), falta de iniciativa dos colaboradores, falta de integração no estudo (nas reuniões mensais

o investigador teve que instruir continuamente novos funcionários sobre como participar no estudo), reclamações sobre a intervenção farmacêutica proposta ser muito longa, baixa motivação dos profissionais (diminuindo ao longo do estudo, mas melhorando no final da intervenção) e esquecimento.

Processos Organizacionais Internos

Relativamente à satisfação profissional, os resultados foram semelhantes nas farmácias A, D e E, com a farmácia C apresentando resultados mais baixos e a equipa da farmácia B recusando-se a implementar esse indicador. A equipa argumentou que o questionário tinha algumas questões pessoais e delicadas e que eles não acreditavam no anonimato dos respondentes. Quanto ao resto das farmácias, incentivo mensal e lembretes constantes foram necessários para que as múltiplas equipas participassem neste questionário.

As farmácias A, D e E registaram uma evolução positiva na satisfação profissional de 5,33; 4,88 e 5,87 no início, para 6,29; 6,05 e 6,08 no último mês, respetivamente. Em contraste, a farmácia C registou uma evolução negativa da satisfação profissional de 5,72 (primeiro mês) para 4,92 (mês final).

Em termos de processos críticos, todos os gestores de farmácia relataram terem pensado no serviço de dispensa de MNSRM de uma forma que até ao momento ainda não o tinham feito (mais estruturada), e isso resultou num procedimento escrito para o serviço na farmácia, não existente previamente ao estudo. Incentivada pelo estudo, a farmácia D passou a elaborar procedimentos escritos para todos os serviços de farmácia em colaboração com a equipa, além de indicar os responsáveis por cada serviço e os seus objetivos, responsável esse que também ficou encarregue de dirigir reuniões mensais sobre os objetivos e assuntos do serviço. Estes resultados demonstraram uma melhoria significativa da participação e envolvimento dos farmacêuticos no desenvolvimento de processos organizacionais internos de qualidade.

Várias mudanças processuais críticas e incrementos foram pensadas e implementadas como resultado da intervenção, como apresentado na Tabela 10.

Tabela 10 - Resultados dos Indicadores dos Processos Organizacionais Internos

Indicador	Farmácia A	Farmácia B	Farmácia C	Farmácia D	Farmácia E	Média
2.1 Satisfação Profissional (de 1 a 7)	6,29	Retirado	4,92	6,05	6,08	5,84
2.2 Processos Críticos (número de mudanças/incrementos)	4	2	4	6	4	4

Citando as mudanças mais importantes feitas durante o estudo foram: a farmácia A adotou como melhoria dos processos críticos para o serviço de dispensa de MNSRM, a necessidade de formar sempre a equipa quando novos MNSRM são adquiridos e de existir formação nas áreas de MNSRM cujos resultados financeiros se encontrem em queda. A farmácia B implementou notificações no Sifarma2000 (o software de informação da farmácia) para avisar sobre a disponibilidade de MNSRM sem stock. A farmácia C implementou um sistema de notificação no Sifarma2000 para sugerir MNSRM que façam sentido para clientes que adquiram alguns medicamentos prescritos e a farmácia E implementou um sistema de conferência duplo, para ser ativado no Sifarma2000, como forma de evitar erros de dispensa e stock.

Inovação e Aprendizagem

Inicialmente, a equipa da farmácia B não queria participar no questionário da cultura organizacional, mas, após esclarecimento do investigador, concordaram em participar. Quanto às restantes farmácias, o incentivo mensal e os lembretes constantes foram necessários para as várias equipas preencherem este questionário.

A farmácia A foi a menos propensa a formações de treino sobre MNSRM, sendo que a farmácia C destacou-se neste indicador.

A farmácia B foi a mais resistente a mudanças e menos pró-ativa na criação de sugestões e mudanças de procedimentos; nas restantes farmácias as sugestões surgiram em números e intervalos de tempo semelhantes. Todas as sugestões feitas durante o estudo estavam a ser implementadas ou pensadas sobre como implementar para maximizar os resultados (Indicador 3.4).

Tabela 11 - Resultados dos indicadores da inovação e aprendizagem

Indicador	Farmácia A	Farmácia B	Farmácia C	Farmácia D	Farmácia E	Total / Média
3.2 Formações em MNSRM (número)	2	4	8	5	4	23 / 4,6
3.3 Sugestões (número)	11	7	10	9	9	46 / 9,2

Seguidamente, são apresentados gráficos que ilustram a evolução da cultura organizacional durante a intervenção. Existe uma mudança assinalável na cultura organizacional da farmácia A. O seu principal atributo (orientação para o mercado) mudou de 33% para 50%, e o segundo atributo mais evidente mudou de clã para adocrática, o que significa uma cultura organizacional mais aberta à inovação. Uma mudança significativa foi também observada na farmácia B; o seu principal atributo (clã) mudou de 44% para 72%, e o segundo atributo mais evidente mudou de hierárquico para adocrático, o que significa uma cultura organizacional mais aberta à inovação.

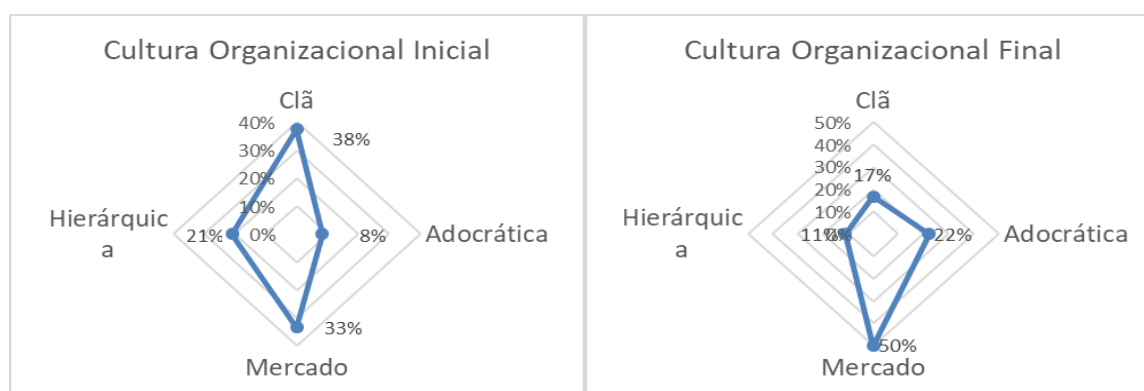


Figura 8 – Cultura organizacional inicial (esquerda) e final (direita) na farmácia A



Figura 9 – Cultura organizacional inicial (esquerda) e final (direita) na farmácia B

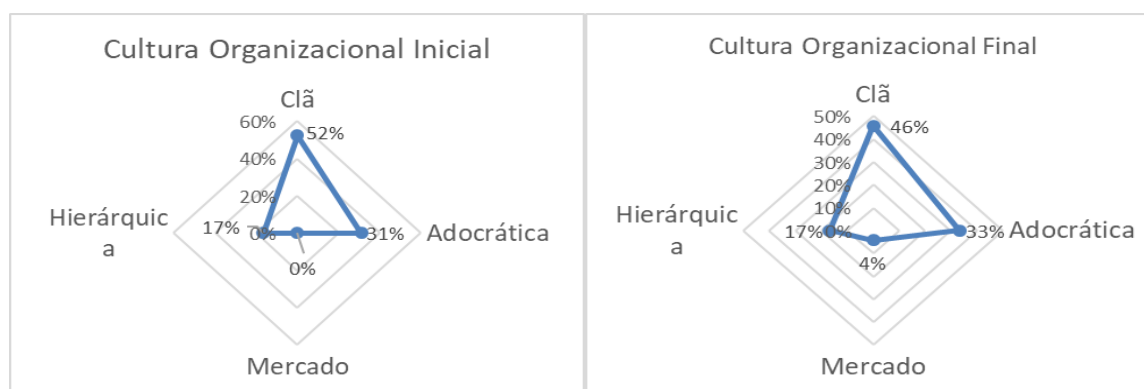


Figura 10 – Cultura organizacional inicial (esquerda) e final (direita) na farmácia C

Houve uma leve mudança na cultura organizacional da farmácia C. O seu principal atributo (clã) mudou de 52% para 46%, e o segundo atributo organizacional (adocrático) mudou de 31% para 33%, ou seja, mais aberta à inovação. Adicionalmente, foi observado um aumento na orientação para o mercado de 0% para 4%.

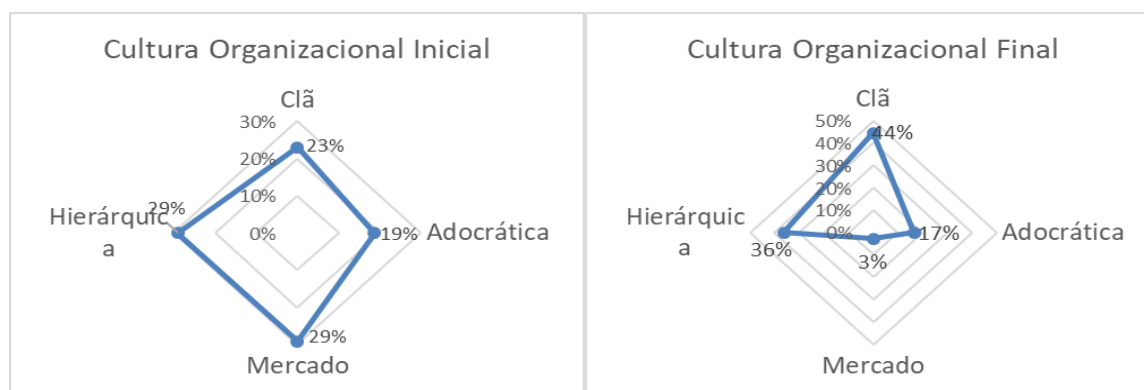


Figura 11 – Cultura organizacional inicial (esquerda) e final (direita) na farmácia D

Houve uma mudança significativa na cultura organizacional da farmácia D. O seu principal atributo mudou de orientação para o mercado para clã, e o segundo atributo organizacional (hierárquico) mudou de 29% para 36%, significando mais estrutura e organização dentro da farmácia. Neste caso, o atributo adocrático diminuiu de 19 para 17%. No caso da farmácia E (em baixo), houve também uma mudança significativa na cultura organizacional. O seu principal atributo (clã) mudou de 46% para 63%, e o segundo atributo organizacional mudou de adocrático para hierárquico, significando mais estrutura e organização dentro da farmácia.

QualMed: Desenvolvimento de uma intervenção com aplicação do Balanced Scorecard com vista à melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

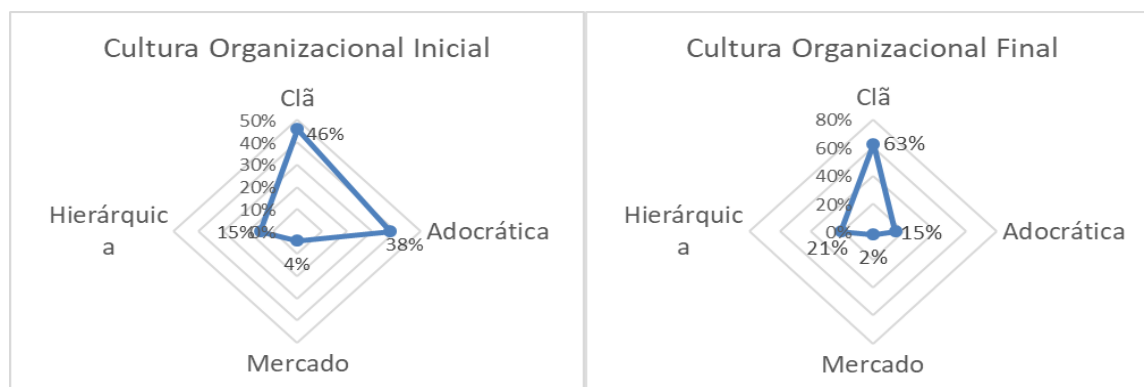


Figura 12 – Cultura organizacional inicial (esquerda) e final (direita) na farmácia E

Perspetiva Financeira

Na perspetiva financeira foram analisados três indicadores (4.1 a 4.3) descritos adiante. Relativamente ao valor de vendas de MNSRM e relação desse valor VS. o valor de vendas totais (Indicador 4.1), os resultados são apresentados na Figura 13 e na Figura 14.

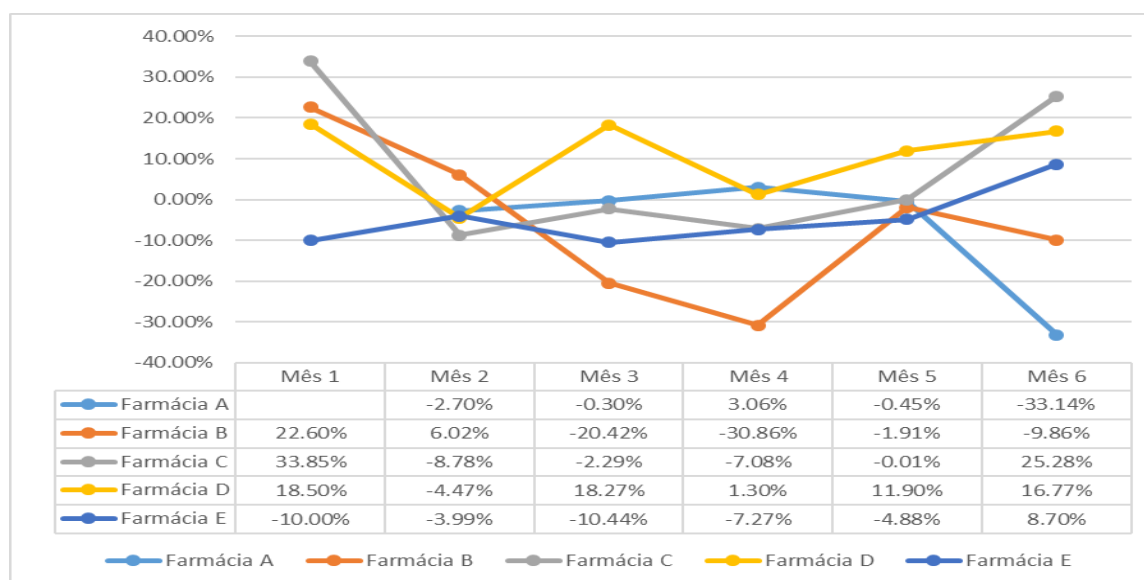


Figura 13 - Valor de vendas de MNSRM (valor relativo em percentagem comparado com o valor do período homologado do ano anterior)

QualMed: Desenvolvimento de uma intervenção com aplicação do Balanced Scorecard com vista à melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

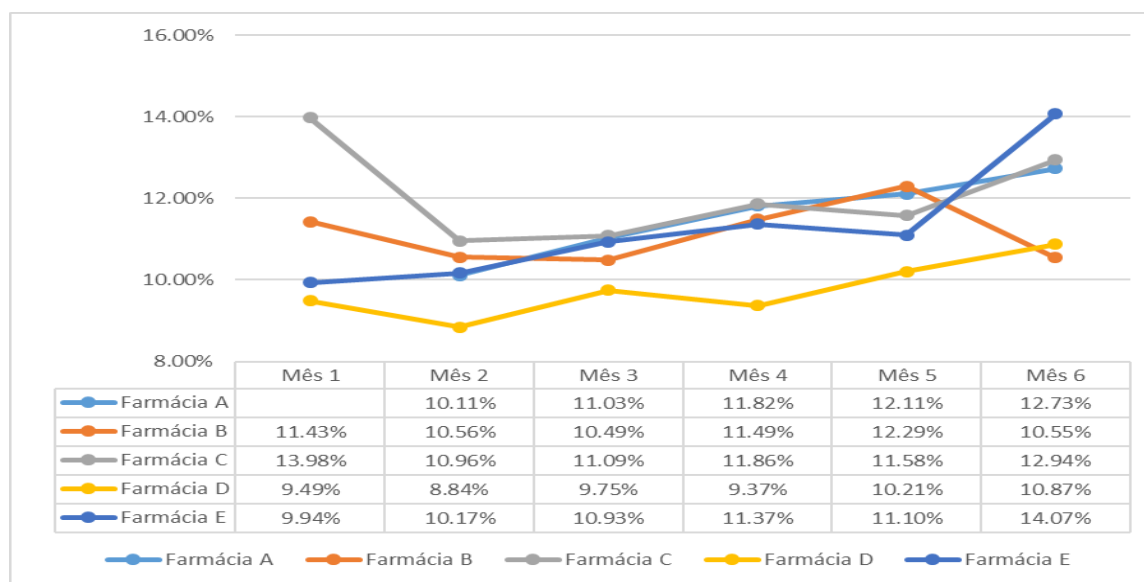


Figura 14 - Relação do valor de vendas de MNSRM VS. o valor de vendas totais (percentagem)

Os resultados do número de embalagens de MNSRM vendidas e relação desse valor VS. o número de embalagens totais vendidas (Indicador 4.2), são apresentados na Figura 15 e na Figura 16.

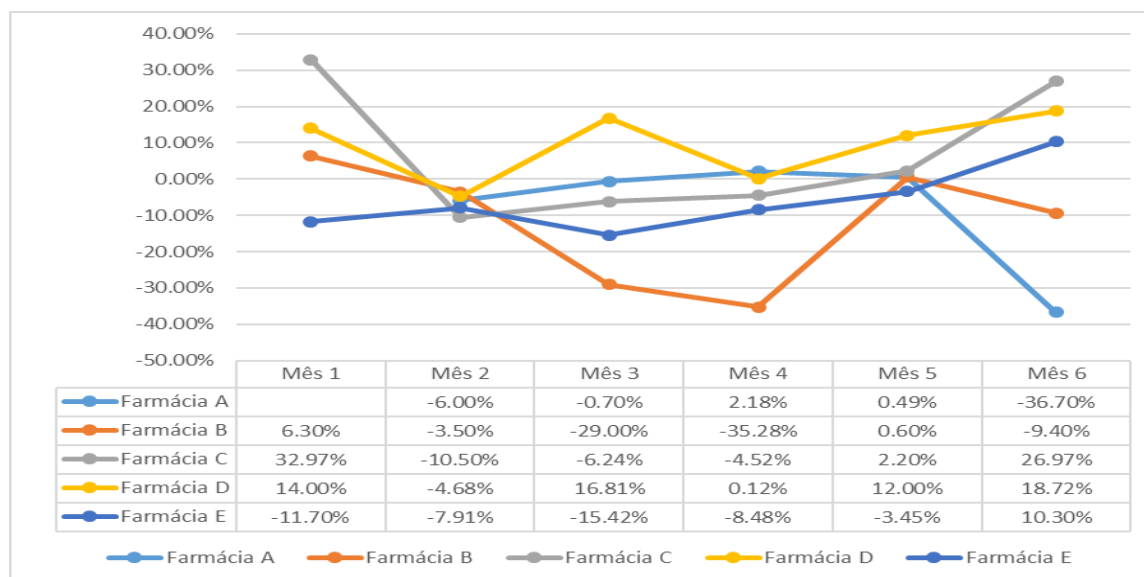


Figura 15 – Número de embalagens de MNSRM vendidas (valor relativo em percentagem comparado com o valor do período homologado do ano anterior)

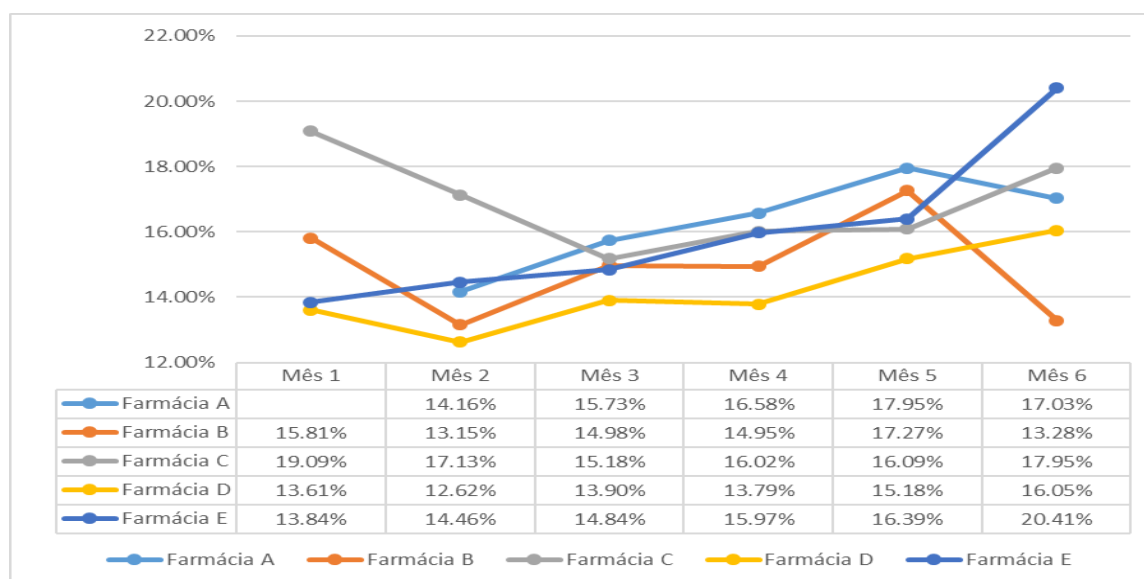


Figura 16 – Relação do valor do número de embalagens de MNSRM vendidas VS. o número de embalagens totais vendidas (percentagem)

As percentagens observadas na Figura 13 e na Figura 15 são relativas ao período homólogo (mesmo mês do ano anterior), excetuando a farmácia C, na qual as percentagens se comparam diretamente ao mês anterior.

Na Tabela 12, são apresentados os resultados da margem de venda de MNSRM (Indicador 4.3), para as cinco farmácias no decorrer dos seis meses do estudo.

Tabela 12 – Margem de venda dos MNSRM

Indicador	Mês	Farmácia A	Farmácia B	Farmácia C	Farmácia D	Farmácia E
4.3 Margem de venda de MNSRM	1	---	1866.17€	3980.30€	9047.21€	5102.86€
	2	2071.57€	1477.02€	3762.40€	7495.39€	4788.51€
	3	2486.17€	1528.71€	3604.99€	8519.15€	5489.86€
	4	2331.08€	1456.90€	3369.03€	8432.67€	6639.88€
	5	2889.97€	1542.06€	3496.79€	10037.94€	6126.61€
	6	2639.07€	1476.37€	4962.52€	10434.39€	8113.89€
	Média	2483.57€	1557.87€	3862.67€	8994.46€	6043.60€
	Objetivo	1925€	1800€	4500€	8400€	6400€

As percentagens de evolução observadas na tabela acima são comparadas com o período homólogo (mesmo mês do ano anterior), excetuando a farmácia C, na qual as percentagens se comparam diretamente ao mês anterior.

O gestor da farmácia A justificou os baixos resultados do número de embalagens de MNSRM vendidas e relação desse valor VS. o número de embalagens totais vendidas (Indicador 4.2) com a menor frequência de patologias menos complicadas devido a motivos sazonais. No entanto, ele expressou estar contente com a margem de venda de MNSRM (Indicador 4.3), que foi entendido como resultante de um maior alinhamento da CPT com a estratégia da farmácia.

O gestor da farmácia B solicitou ajuda ao investigador na obtenção dos dados necessários para os indicadores financeiros. Nesta farmácia, o gestor justificou os indicadores financeiros abaixo do esperado no número de embalagens de MNSRM vendidas e relação desse valor VS. o número de embalagens totais vendidas (Indicador 4.2), com uma combinação de dois fatores; o facto da CPT muitas vezes optar por indicar outras alternativas, como suplementos, e uma menor frequência doenças sazonais (em períodos homólogos), como a gripe e constipações.

Na farmácia C, os objetivos financeiros foram ajustados da melhor forma possível à situação única de uma farmácia recém-aberta (um mês antes do início do estudo). Esta farmácia situa-se num centro comercial, o que de acordo com a experiência do gestor, facilita as vendas de MNSRM, em oposição às farmácias de “rua”. O objetivo fixado para a margem de venda de MNSRM (Indicador 4.3) foi provavelmente muito alto, já que o gestor estava satisfeito e o valor obtido no último mês do estudo já era o dobro do mês de abertura.

Na farmácia D, não houve comentários sobre a evolução dos indicadores da perspetiva financeira durante o estudo.

Na farmácia E, o gestor explicou que, devido à feroz concorrência de preços de novas parafarmácias vizinhas, as quais estavam a conseguir obter vendas em comparação com a sua farmácia, ele teve que baixar significativamente os preços dos MNSRM, afetando o indicador relativo à margem. No final do estudo, o gestor relatou ter recuperado algumas das vendas perdidas em MNSRM.

Grupo Focal

A participação no grupo focal envolveu nove farmacêuticos (A a I) nos quais os farmacêuticos A, D, E, F e G não participaram no estudo envolvendo a implementação do BSC, enquanto que os outros (B, C, H e I) participaram.

Convidados a definir a qualidade na dispensa de MNSRM, os participantes ofereceram as suas opiniões, enumerando várias características que a qualidade deveria abranger, com o farmacêutico H resumindo *“...qualidade da dispensa engloba na minha perspetiva...a necessidade de haver uma avaliação e seleção perfeitamente adequadas (dos MNSRM) e eficácia, que vem do nosso conhecimento agregado, e depois*

aconselhamento sobre como usar (o medicamento)...porque sem avaliação adequada e boa informação sobre o uso (dos MNSRM) o uso será incorreto e os resultados (eficácia) não vão existir” (P-H).

A análise dos dados mostrou todas as três dimensões da atitude: afetiva, cognitiva e comportamental. A dimensão afetiva foi expressa pelos participantes do BSC para ilustrar a dificuldade em manter as CPT envolvidas no estudo: *“basicamente tivemos que tentar manter a equipa motivada a aderir ao estudo, sempre enfatizando a importância que a ferramenta (BSC) tinha e os resultados que a farmácia conseguiria com ela.” (P-H).*

A posição dos não participantes no BSC foi resumida pela ênfase colocada nas barreiras para a adoção de um BSC, especialmente sem ajuda externa. *“...para aqueles que não experimentaram este projeto, o que podem sentir é...claramente o investigador teve uma grande importância a ir a cada farmácia todos os meses e não os deixar esquecer, o que os levou a avançar...” (P-H).*

A dimensão comportamental foi expressa pelos participantes do BSC para ilustrar a sua abordagem e experiências com a implementação do BSC. O farmacêutico B explicou como a intervenção farmacêutica proposta já fazia parte de sua rotina diária, embora houvesse questões que serviam para complementar a sua interação normal com os clientes: *“...(eu) implementei os questionários...e posso dizer que muitas das perguntas eu já as fazia, algumas não as fazia mas fazem todo o sentido portanto vou continuar a fazer essas perguntas porque acredito que elas acrescentam valor à minha intervenção...além disso, o feedback das pessoas participantes (clientes) foi muito positivo.” (P-B).*

Houve concordância em relação ao impacto do estudo sobre como os participantes encaravam o serviço de dispensa de MNSRM e como foi positivo para ajudar a pensar sobre o serviço e sua melhoria (por exemplo, desenvolvendo novos procedimentos): *“Numa fase inicial, tivemos que identificar os processos críticos...depois em colaboração com a equipa (da farmácia) desenvolvemos alguns (novos) procedimentos...deixe-me dizer que acredito que fizemos uma adição interessante ao estudo...o estudo*

permitiu-nos identificar de forma mais objetiva os processos críticos que tivemos de melhorar para obter melhores resultados” (P-H).

Os participantes também relataram ter dificuldades com alguns clientes que não quiseram participar: *“Embora as perguntas fossem pertinentes e se aplicassem diariamente, algumas pessoas simplesmente não queriam ser contatadas depois” (P-B) e “Alguns até mesmo não queriam que os dados da interação fossem registados...e não por qualquer motivo especial, era apenas que eles tinham resolvido o seu ‘problema’ e pronto” (P-B).*

Além disso, houve algumas dificuldades em envolver toda a CPT no estudo: *“Nós tivemos pelo menos três dos nossos colegas que simplesmente não participaram (no estudo), porque eles não dominaram a parte do computador, embora o Sifarma2000 não tenha segredos para eles...a resposta online gerou alguma confusão que levou esses colaboradores a não participar...houve também uma fase inicial de baixa motivação da equipa...isto é para o chefe sim? Então, ele que se preocupe com isso...” (P-H).*

Quanto à dimensão cognitiva, os participantes apresentaram concordância com a intervenção farmacêutica proposta: *“O questionário (perguntas de avaliação) é muito interessante, pois transmite uma intervenção sistemática, quando temos o questionário memorizado, nenhum de seus tópicos falha. E esse é um dos pontos que estamos a tentar melhorar na equipa, a uniformização e a intervenção sistemática...não sei se é (sempre) possível usá-lo na nossa rotina diária, mas certamente ajuda a melhorar o nosso desempenho” (P-I).*

A apreciação do estudo do BSC foi transmitida por um participante: *“É (uma ferramenta) muito útil, especialmente quando avaliamos o resultado da nossa intervenção e nos ajuda a saber se estamos no caminho certo, se o que fazemos é eficaz, porque senão então temos o conhecimento, para que possamos mudar (a nossa intervenção)” (P-B).*

Houve também o reconhecimento da importância da ferramenta ao vê-la como ponto de partida para uma ferramenta mais abrangente: *“Sinto que este é um bom ponto de partida, com isto podemos criar novos objetivos, sinto que o que foi usado foi muito adequado e que se demonstrou muito importante, agora cada farmácia tem de pegar no que foi feito e evoluir, certo?” (P-H).*

O potencial da ferramenta foi também enfatizado por outro farmacêutico que não participou no estudo, embora tenha mencionado algumas maneiras de melhorar a sua implementação: *“Esta é uma ferramenta de estruturação para quem deseja implementar nas suas equipas. Pode ser transversal (a sua aplicação), não apenas aos medicamentos não sujeitos a receita médica. Acredito que deve haver um guião para a recolha de dados, alguma metodologia para ajudar no registo dos dados...é uma ferramenta muito interessante para efetuar uma mudança de paradigma nas equipas...”* (P-E).

Não houve diferenças discerníveis nas opiniões daqueles que participaram dos que não participaram no estudo.

7.4. Discussão

Neste capítulo foi efetuada uma abordagem inexplorada para a melhoria da gestão da qualidade do serviço de dispensa de MNSRM, recorrendo a uma ferramenta de gestão utilizada noutras organizações, o BSC. Foi estabelecida “prova de conceito” para o uso desta ferramenta em farmácia comunitária, no âmbito de um serviço específico.

A melhoria ao longo do tempo, medida por mudanças na direção desejada, foi visível para alguns indicadores, mas não para outros. No entanto, em conjunto, os resultados obtidos indicam que o BSC é uma abordagem viável para abordar a melhoria da gestão da qualidade da dispensa de MNSRM, envolvendo aspetos intrínsecos ao negócio e à organização.

No que diz respeito à perspetiva dos clientes, a satisfação dos clientes e a sua melhoria autorreportada permaneceram elevadas durante todo o estudo. Isto pode refletir, globalmente, um “efeito teto” de qualidade (técnica e interpessoal) das intervenções em automedicação assistida no início do estudo. Outra

explicação possível é o viés no recrutamento de clientes (ou seja, recrutar clientes seletivamente com base em características favoráveis que pudessem influenciar os resultados), apesar do procedimento em instituído para evitar este viés. Este resultado pode também ser explicado pela relação entre a satisfação e as expectativas; o constructo de satisfação tem sido criticado, pois resulta de uma avaliação pessoal que não pode ser diretamente observada (176).

Apesar das barreiras à implementação identificadas, os farmacêuticos que participaram no estudo foram também muito abertos e apreciaram a intervenção farmacêutica proposta, como visto em várias citações do grupo focal. Ao discutir a dispensa com qualidade de MNSRM no grupo focal e as vantagens decorrentes do uso do BSC, os farmacêuticos não falaram sobre a importância do seguimento e sobre o lucro. Como foi discutido no grupo focal, a ferramenta BSC pode ser universalmente implementada em todas as farmácias nacionais e outras, precisando apenas de adaptar os indicadores do BSC às especificidades únicas de cada farmácia/organização.

Inicialmente, a cultura predominante nas farmácias participantes era clã, com exceção da farmácia D (cultura hierárquica). Esta farmácia tinha a maior equipa, o que pode explicar a necessidade de ter mais regras na organização; em contrapartida, as farmácias menores tendem a ter um ambiente de trabalho mais familiar e flexível (173). Este estudo corrobora a noção de que a cultura clã é típica no contexto das organizações de saúde em Portugal, resultante de um esforço de trabalho em equipa na tentativa de alcançar um objetivo comum (177).

Em concordância com o estudo dos centros de saúde, o uso do BSC parece ajudar a promover a cultura clã e adocrática (177), o que por sua vez, ajuda as farmácias a intensificar a sua procura por uma melhoria e diferenciação contínuas, o que levou a várias novas iniciativas registadas.

O facto de que a orientação para a implementação do BSC durante o estudo ter sido considerada necessária (registado no diário e no decorrer do grupo focal) não é surpreendente, já que a necessidade de um especialista externo para abordar a inovação tende a ser necessário em organizações sem uma cultura estável de inovação (178).

Em termos de gestão, atendendo a que os MNSRM são uma crescente componente dos resultados financeiros das farmácias, pode ser interessante associar as vendas e serviços relativos a estes medicamentos a incentivos monetários, desde que seja garantido o superior interesse do cliente.

7.5. Limitações

Como é comum em estudos de prova de conceito, o tamanho da amostra foi relativamente pequeno. Foi adotada uma abordagem de alta intensidade, implicando uma visita inicial a cada farmácia acrescida de visitas mensais durante o período do estudo. Deste modo, os resultados do teste e implementação de um BSC numa abordagem menos intensa e com menos recursos são incertos.

O tamanho da amostra também impediu a investigação de associações entre variáveis de interesse, como a participação da equipa da farmácia, a satisfação profissional e os resultados financeiros do serviço.

Finalmente, o período ideal de estudo seria de um ano, por eliminar um possível viés inerente à sazonalidade na dispensa de MNSRM e permitir dados adicionais de implementação.

7.6. Conclusão

A ferramenta BSC, mostrou nas condições do estudo, ser útil para gerir a qualidade do serviço de dispensa de MNSRM numa perspetiva organizacional. Foram identificadas barreiras à sua utilização, como falta de tempo, escassez de pessoal, indisponibilidade dos clientes, reclamações dos clientes sobre a intervenção farmacêutica ser demasiado longa, falta de conhecimentos de informática e baixa motivação.

O apoio externo foi identificado como um facilitador à aplicação do BSC. Um potencial facilitador seria a incorporação no sistema informático da farmácia, com recurso a alertas de gestão.

QualMed: Desenvolvimento de uma intervenção com aplicação do Balanced Scorecard com vista à melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

8. Resultados em saúde e satisfação com atendimentos de automedicação em farmácias comunitárias: perspectiva dos clientes

Este capítulo explora em maior detalhe os resultados do BSC na perspetiva do cliente. Assim, foi analisada a melhoria autorreportada do estado de saúde de clientes que utilizaram o serviço de automedicação assistida proporcionado pelas equipas das farmácias que participaram no desenvolvimento e teste do BSC. Conforme referido anteriormente, um dos resultados foi a implementação de uma ferramenta de gestão, o BSC, direcionada à melhoria do serviço de dispensa de MNSRM e promovendo critérios de qualidade. É também descrita a satisfação dos clientes com estas interações, sendo este fator favorável a uma maior fidelização (179).

8.1. Introdução

A automedicação é parte integral da missão dos farmacêuticos comunitários no âmbito da promoção do autocuidado, conforme é preconizado pela organização mundial de saúde (OMS) (2).

A revisão efetuada por Eikenhorst *et al.* em 2017 (180), com o objetivo de identificar e resumir a evidência do papel dos farmacêuticos em manter e garantir a segurança dos clientes e melhorar a qualidade das interações na dispensa de MNSRM, elencou o melhor desempenho de farmacêuticos em interações de dispensa de MNSRM em comparação com outras categorias nas equipas das farmácias. Com os farmacêuticos é mais provável o cumprimento das *guidelines* nas interações de dispensa de MNSRM, o que sugere a necessidade de mais treino para as equipas das farmácias ou a necessidade de um maior envolvimento dos farmacêuticos no serviço de dispensa de MNSRM. As farmácias foram identificadas

como estando numa posição privilegiada para prevenir o uso inadequado dos medicamentos, sendo que a estabilidade da equipa da farmácia poderá ser um elemento chave para promover a segurança dos clientes (180).

O autocuidado é o modo preferido dos clientes resolverem os seus problemas de saúde menores e passíveis de serem tratados por automedicação, sendo as farmácias fundamentais pelo seu papel na automedicação assistida e uso seguro e eficaz dos MNSRM (30,180). As farmácias apresentam-se usualmente como locais de maior satisfação para os clientes na resolução de problemas de saúde menores, pois em contraste com os centros de saúde e serviços de emergência, permitem aos clientes resolver estes problemas de saúde menores de forma rápida e conveniente evitando tempos de espera e os respetivos encargos (30,180). Não foram encontrados estudos publicados comparando farmácias com outros locais de venda de MNSRM, sendo estes os locais potencialmente mais competitivos para a resolução de problemas de saúde menores.

Embora existam várias aceções para a qualidade na prestação de cuidados de saúde, e por inerência, dos atendimentos em automedicação assistida, é inequívoco que os critérios de qualidade no serviço de dispensa de MNSRM⁷ envolvem dois componentes essenciais:

- **Desempenho técnico**

Deve ser feita uma avaliação completa perguntando para quem é o medicamento, obtendo uma descrição dos sintomas, estabelecendo a duração dos sintomas, perguntando sobre medicamentos já tomados para aliviar os sintomas, perguntando sobre a medicação habitual, e colocando outras perguntas pertinentes relativas a condições crónicas e/ou alergias; fazer a referenciação do cliente a um médico, nos casos em que for aplicável.

Após a avaliação deve ser selecionado o MNSRM apropriado.

Depois deve ser feito um aconselhamento completo e adequado à situação; explicando para que serve o medicamento, aconselhando verbalmente sobre a dose, aconselhando verbalmente sobre a duração de tratamento, registando a posologia na embalagem, transmitindo outras informações

⁷ Esta métrica foi desenvolvida com base em literatura e testada pela 4Choice Health Consultancy para medir a qualidade da dispensa de MNSRM

verbais (por exemplo, medidas não farmacológicas), ou escritas (por exemplo, folhetos informativos), e aconselhando o que fazer em caso de persistência dos sintomas.

Finalmente deve ser promovido o seguimento, incentivando o cliente a reportar os resultados do tratamento.

- **Desempenho interpessoal**

Na interação cliente-profissional, este último deve ser cortês, respeitoso, bem-educado e ter uma boa comunicação verbal e não verbal, de modo a criar empatia com o cliente, assim como gerar confiança no seu profissionalismo e na sua genuína preocupação com o seu bem-estar, promovendo a sua fidelização.

Dados internacionais e nacionais referem que o desempenho das farmácias fica frequentemente aquém do papel que lhe é atribuído pela política de saúde no importante serviço de automedicação assistida, através de um serviço de dispensa de MNSRM com qualidade (58,61,62,111).

A literatura aponta para uma elevada satisfação dos clientes com os serviços de dispensa em geral prestados nas farmácias comunitárias e também com os farmacêuticos; no entanto, estudos específicos da satisfação com o serviço de dispensa de MNSRM e dos fatores implicados nessa satisfação, são uma lacuna no conhecimento atual (169,179,181).

A pesquisa sobre o impacto de critérios de qualidade na dispensa de MNSRM na satisfação dos clientes, analisando as intervenções farmacêuticas em problemas de saúde menores e o autorreporte de clientes relatando a sua satisfação e a resolução do seu problema de saúde, são uma lacuna no conhecimento atual que pretendemos abordar com o presente estudo.

8.2. Métodos

O estudo foi aprovado pela comissão de ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, sob o número 14-2016.

Os dados do presente estudo foram recolhidos no âmbito do desenvolvimento e teste de uma intervenção com base no Balanced Scorecard (BSC) numa amostragem intencional de seis farmácias comunitárias. Este estudo encontra-se descrito em pormenor no sétimo capítulo: implementação de um balanced scorecard focado na melhoria da gestão da qualidade da dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica.

Foram explorados em maior detalhe dois indicadores da perspetiva do cliente em que um consistia nos resultados em saúde autorreportados e outro na satisfação dos clientes após uma intervenção estruturada dos profissionais da farmácia, como resposta a uma situação eventualmente passível de automedicação. No caso da situação não ser passível de automedicação foi verificado se os profissionais referenciaram o cliente para uma consulta médica.

Tal como indicado no capítulo 7 na página 89/90, foi solicitado a cada farmácia que convidasse 100 clientes elegíveis para o estudo num período de seis meses, sendo que os critérios de inclusão para participar envolviam clientes participantes numa interação de dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), quer esta interação resultasse de uma queixa ou de um pedido direto do medicamento pelo nome.

As farmácias foram instruídas explicitamente a não pré selecionar os clientes, ou seja, a não convidar a participar clientes seletivamente com base em características favoráveis que pudessem influenciar os resultados. De modo a obviar o viés de pré-seleção, as farmácias foram instruídas a recrutar o primeiro cliente da manhã e o primeiro cliente da tarde, envolvidos em interações de dispensa de MNSRM, que resultassem de queixas ou pedidos, desde que não houvesse clientes em espera. Os clientes elegíveis foram convidados a participar, com a ajuda de um folheto de informação sobre o estudo ([Anexo 7](#)), que incluía uma declaração escrita de consentimento informado, que os clientes deveriam assinar e registar o seu número de telefone para posterior contacto.

Nas reuniões mensais que ocorriam nas farmácias, com as CPT e com o investigador no âmbito do BSC, eram dados incentivos contínuos para que a equipa convidasse mais clientes para o estudo, sendo que em semanas que não havia reuniões, o investigador constatava que o recrutamento se encontrava abaixo do desejável. Para obviar esta limitação foram enviados emails de forma a relembrar e incentivar continuamente as CPT para convidar clientes a participar no estudo.

A intervenção estruturada proposta às equipas das farmácias, baseou-se em critérios técnicos de qualidade em atendimentos de automedicação assistida, utilizados num estudo anterior (162), e descrita seguidamente:

1. Avaliação

- a. O cliente apresenta uma queixa, ou um pedido de MNSRM?
- b. Para quem é?
- c. Quais são os sintomas?
- d. Há quanto tempo começou a queixa?
- e. Já tomou medicamentos para a queixa apresentada?
- f. Quais os medicamentos que toma habitualmente?
- g. Outras informações (por exemplo: alergias).

2. Intervenção

- a. Qual foi a intervenção? (1. Aconselhamento de medicamentos e/ou outros produtos; 2. Referenciação ao médico sem aconselhamento de MNSRM e/ou outros produtos; 3. Indicou consulta médica para a queixa, aconselhando MNSRM ou outro produto para alívio da situação até à consulta)
- b. Selecionou terapêutica farmacológica? (Se na pergunta anterior a intervenção resultar na dispensa de MNSRM ou outros produtos, registar o MNSRM e/ou produto(s) selecionado(s))
- c. Explicar a ação do(s) medicamento(s) selecionado(s).

- d. Explicar oralmente a posologia.
- e. Escrever a posologia nas embalagens.
- f. Referir e/ou escrever a duração da terapêutica.
- g. Prestar informações complementares (tais como por exemplo, medidas não farmacológicas).
- h. Aconselhar o que fazer em caso de persistência dos sintomas.

Os colaboradores das farmácias participantes registaram os dados num formulário eletrónico com campos abertos, através da aplicação Google Forms®.

O seguimento do cliente foi efetuado por meio de um inquérito por entrevista telefónica entre uma semana a um mês após a intervenção; foram considerados perdidos para seguimento os clientes que não foi possível contactar até um mês depois de ter ocorrido a intervenção, de forma a minimizar o efeito do viés de memória. O método de entrevista telefónica foi selecionado por permitir: uma maior amostra de clientes, poder permitir evitar o término abrupto da recolha de dados pelo encorajamento e esclarecimento de qualquer dúvida por parte do entrevistador (em comparação com a via postal ou eletrónica de autopreenchimento) e promover a obtenção de resultados mais completos através da interação entrevistador-participante (124).

O investigador após as reuniões mensais realizadas no âmbito do BSC nas farmácias participantes, utilizou os contactos registados nos consentimentos informados arquivados na farmácia, para contactar os clientes participantes através de um telemóvel ou telefone da farmácia, não ficando assim na posse do contacto do cliente. Para além de dados sociodemográficos ([Anexo 8](#)), para caracterizar os respondentes, inquiriu-se se após a intervenção, estes se sentiam um pouco melhores, muito melhores ou nada melhores.

A satisfação dos clientes com o atendimento foi apurada com base no questionário de Armando e colaboradores (169) adaptado para português, este questionário de satisfação foi selecionado por se alinhar e enquadrar com os objetivos do estudo apesar de não ser específico para os MNSRM. Nenhum questionário específico da satisfação de clientes com o serviço de dispensa de MNSRM em farmácias foi encontrado após pesquisa bibliográfica. Os clientes responderam às seguintes questões utilizando uma escala de 1 a 5 (exemplo: 1 discordo totalmente, 5 concordo totalmente):

1. O farmacêutico/técnico de farmácia mostrou-se interessado em colaborar comigo e ajudar-me no uso dos meus medicamentos;
2. Recebi informação adequada de como devo utilizar os meus medicamentos;
3. Foram atenciosos no atendimento;
4. Como consequência do atendimento, conheço melhor os medicamentos que uso;
5. Estou consciente para cumprir a duração de tratamento prevista pelo farmacêutico que me ajudou;
6. Conheço os efeitos secundários dos medicamentos que uso;
7. Continuaria a visitar esta farmácia para que me aconselhem sobre os meus medicamentos;
8. Recomendaria aos meus familiares e amigos que visitem esta farmácia para que lhes seja prestado este serviço;
9. Informaria o pessoal da farmácia sobre qualquer alteração na minha medicação habitual;
10. Estou satisfeita(o) com o serviço recebido.

Finalmente, foi solicitado ao cliente que transmitisse eventuais observações ou sugestões para a farmácia.

Os dados obtidos das interações da equipa da farmácia comunitária (CPT) com os clientes, assim como os dados sociodemográficos, o seguimento e a satisfação foram analisados com o auxílio do SPSS® v.18. Os valores em falta (*missing values*) foram excluídos da análise. Na análise foi utilizada estatística descritiva (por exemplo, média e desvio padrão) e também testes de diferenças entre grupos (por exemplo, ANOVA).

A satisfação global do cliente foi obtida pelo somatório das pontuações (1 a 5) recolhidas da aplicação do questionário de satisfação e posteriormente dividindo por dez, visto o questionário ter dez questões, obtendo assim uma pontuação final de satisfação entre 1 e 5.

A pontuação da avaliação na interação foi obtida através da análise do somatório do cumprimento (1) ou não (0), de cinco critérios propostos na “Avaliação” da intervenção estruturada proposta às equipas das farmácias, nomeadamente: Perguntou para quem é? / Perguntou quais são os sintomas? / Perguntou há

quanto tempo começou a queixa? / Perguntou se já tomou medicamentos para a queixa apresentada? / Perguntou quais os medicamentos que toma habitualmente?. Esta pontuação poderá variar de 0 a 5.

A pontuação da qualidade global foi obtida através da análise do somatório do cumprimento (1) ou não (0), de onze critérios, incluindo os cinco de avaliação de interação, mais seis critérios na “Intervenção” que foi proposta às equipas das farmácias, nomeadamente: Se explicou a ação do(s) medicamento(s) selecionado(s). / Se explicou oralmente a posologia. / Se escreveu a posologia nas embalagens. / Se referiu a duração da terapêutica. / Se prestou informações complementares. / Se aconselhou o que fazer em caso de persistência dos sintomas. Esta pontuação poderá variar entre 0 a 11.

Para explorar a influência de diversos fatores ou variáveis na satisfação global do cliente (variável dependente), recorreu-se à função de regressão linear executada no programa SPSS. Esta permite correlacionar e medir o grau de associação linear entre as variáveis independentes (ou explicativas) e a variável dependente. Desta forma foi possível estudar se a satisfação global do cliente depende significativamente de alguma das variáveis independentes, permitindo explicar o seu comportamento (182). Foram escolhidas parcimoniosamente as seguintes variáveis independentes:

- Género
- Idade
- Nível de escolaridade
- Se vive sozinha/o
- Se adquire habitualmente os medicamentos na farmácia em causa (critério indicativo da fidelização do cliente à farmácia)
- Pontuação da avaliação na interação
- Pontuação total na interação
- Se o cliente apresenta uma queixa ou um pedido
- Se melhorou após a interação

Inicialmente foram efetuadas regressões univariadas para estudar se existia uma relação causal entre as várias variáveis independentes escolhidas parcimoniosamente com a variável dependente, sendo que o resultado estatístico de cada regressão está apresentado na Tabela 13.

QualMed: Desenvolvimento de uma intervenção com aplicação do Balanced Scorecard com vista à melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

Tabela 13 - Regressões lineares univariadas entre as variáveis independentes e a variável dependente (satisfação global do cliente)

Variável Independente / Explicativa	R	R ² ajustado	F	Valor p	Coeficiente estandardizado β	Valor t-Student	Valor p
Queixa ou pedido de medicamento	0.010	-0.008	0.013	0.909	0.010	0.115	0.909
Pontuação qualidade da avaliação	0.175	0.024	4.400	0.038	0.175	2.098	0.038 (*)
Pontuação qualidade global	0.023	-0.007	0.072	0.788	-0.023	-0.269	0.788
Género	0.170	0.022	4.184	0.043	0.170	2.045	0.043 (*)
Idade	0.021	-0.007	0.063	0.802	-0.021	-0.251	0.802
Se melhorou após a interação	0.078	-0.002	0.782	0.378	0.078	0.884	0.378
Nível de escolaridade	0.014	-0.007	0.029	0.865	-0.014	-0.171	0.865
Se vive sozinha/o	0.105	0.004	1.560	0.214	-0.105	-1.249	0.214
Se adquire habitualmente os medicamentos na farmácia	0.299	0.083	13.813	< 0.001	0.299	3.717	< 0.001 (*)

Os modelos univariados significativos estão assinalados na Tabela 13 com (*). As restantes variáveis independentes não obtiveram coeficientes significativos (i.e. valores de p inferiores a 0.20) e por isso só foram selecionadas estas 3 para a análise seguinte.

Em seguida foi realizada uma regressão linear múltipla com seleção de variáveis *stepwise* para confirmar se as variáveis previamente identificadas da satisfação global do cliente, mantinham a sua influência na presença de outras variáveis explicativas e qual a sua importância individual ao permitir estimar essa satisfação. Esta abordagem permitiu propor um modelo de relações funcionais entre a variável dependente e as variáveis independentes, mas sem estabelecer valores preditivos. Assim, não foram totalmente validados um conjunto de pressupostos respeitantes ao modelo, tais como análise de resíduos ou a ortogonalidade entre as variáveis independentes. Contudo, ainda foram calculadas as estatísticas de Durbin e Watson (pressuposto da não autocorrelação dos resíduos), assim como a sua média (que deve estar próxima de 0) e o desvio padrão (próximo de 1). Foram ainda realizados alguns diagnósticos de multicolinearidade através do *variance inflation factor* (VIF), sabendo que o valor deve ser inferior a 5. Foi eliminada uma observação outlier que apresentou um resíduo studentizado superior a 3 desvios padrões (DP). Considerou-se para todas as análises uma probabilidade de erro tipo I (α) de 0.05 (182).

8.3. Resultados

Aceitaram participar no estudo um total 215 clientes. Na Tabela 14 é apresentada a distribuição dos clientes participantes por farmácia. Dos 215 clientes recrutados, só se obteve resposta de 145 que foram posteriormente contactados telefonicamente para efetuar o seguimento da situação, recolha de dados sociodemográficos e avaliar a sua satisfação.

Tabela 14 - Distribuição dos clientes participantes por farmácia

Farmácia	Frequência	Percentagem	Respondentes em contacto telefónico posterior
A	47	21,9%	35
B	23	10,7%	17
C	45	20,9%	36
D	20	9,3%	11
E	41	19,1%	26
F	39	18,1%	20
Total	215	100%	145

A idade média dos clientes recrutados foi de 51.41 anos (DP= 16,76). Relativamente ao género, 66,2% (100) da amostra foram mulheres. Relativamente ao nível de escolaridade dos inquiridos: 4 não possuem qualquer escolaridade, 41 completaram a 4ª classe, 35 completaram o 9º ano, 40 completaram o ensino secundário e 32 possuem formação superior.

No que diz respeito às interações colaborador-cliente, houve diferença significativa ($F = 5.91$; $p < 0,001$) entre farmácias para o tipo de situação apresentada pelo cliente (queixa de um problema de saúde ou pedido direto de um medicamento). A farmácia C foi a que registou mais pedidos, sendo também a única em que foram registados mais pedidos (23) que queixas (22). Em sentido inverso, na farmácia F, quase todas as interações registadas foram queixas (36 num total de 39). Na Figura 17 é apresentada a distribuição de queixas/pedidos pelas diferentes farmácias.

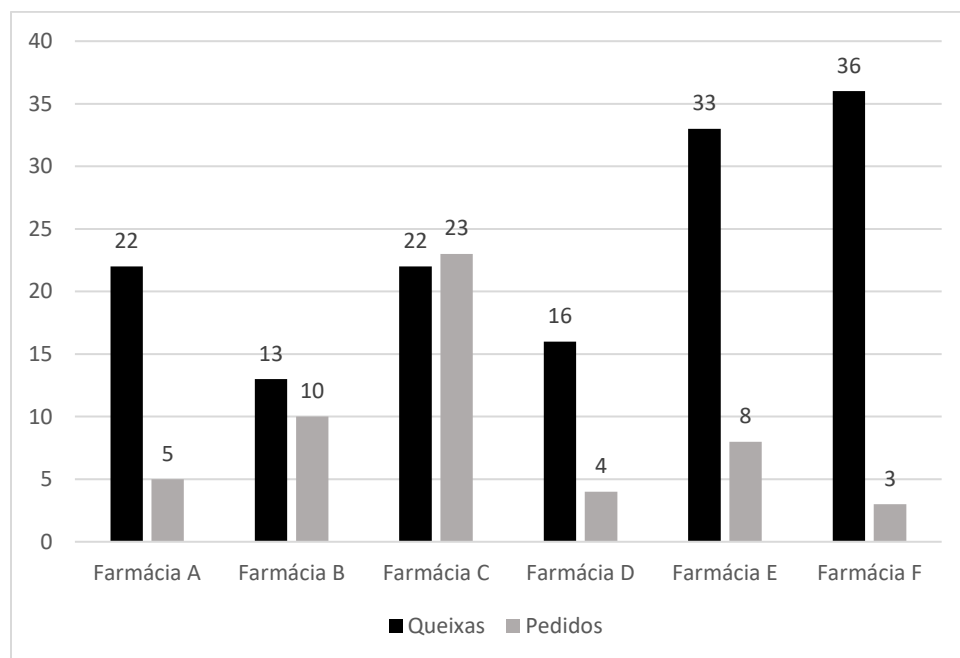


Figura 17 - Tipo de interação colaborador-cliente por farmácia

Não se registaram diferenças significativas relativamente ao grupo etário e género de clientes atendidos no âmbito do estudo entre as diferentes farmácias. Já o nível de escolaridade foi significativamente diferente ($p = 0.018$) entre a farmácia B e C, sendo inferior o registado na farmácia B e superior na farmácia C, que foi a farmácia com maior número de indivíduos com um nível de escolaridade em ensino superior ($n=16$). Os clientes recrutados nas farmácias A, D, E e F apresentaram níveis de escolaridade semelhantes. A condição de viver sozinho ou acompanhado, e de ser ou não fidelizado à farmácia, não parece influenciar se o cliente efetua um pedido ou apresenta uma queixa.

Também não se verificou associação com significado estatístico entre o género do cliente e o tipo de situação (queixa ou pedido). No entanto, observou-se uma associação entre o nível de escolaridade e o tipo de situação ($p = 0.001$ e $\chi^2 = 15.971$), com inversão completa entre o 3ºciclo e o secundário. Clientes com o 3ºciclo são mais propícios a efetuar um pedido de medicamento e clientes com o ensino secundário mais propícios a efetuar uma queixa; para o 1ºciclo e para o ensino superior não foi detetada nenhuma tendência significativa.

Os resultados globais das avaliações efetuadas pelas seis farmácias aos 215 clientes participantes são bastante positivos, sendo que os cinco critérios em estudo são cumpridos na quase totalidade das interações, conforme se pode observar na Tabela 15.

Tabela 15 - Frequências de cumprimento dos critérios de Avaliação (n=215)

Critério	Sim	Não
Se pergunta para quem é?	215	0
Se pergunta sintomas?	215	0
Se pergunta a duração dos sintomas?	214	1
Se pergunta se já tomou algum medicamento?	212	3
Se pergunta quais os medicamentos que toma?	202	13

Apresentar uma queixa ou efetuar um pedido direto de um medicamento não influenciou a avaliação, determinada pelos cinco critérios anteriormente descritos.

Quanto aos clientes que foram entrevistados telefonicamente, a farmácia onde a interação ocorreu, a fidelização à farmácia e o género do cliente não aparentam influenciar significativamente a melhoria autorreportada do estado de saúde após a interação. No entanto, todos os casos autorreportados de não melhoria do estado de saúde após interação ocorreram com clientes do género feminino (Tabela 16).

Tabela 16 - Melhoria autorreportada do estado de saúde do cliente

	Farmácia onde ocorreu a interação						
		A	B	C	D	E	F
Melhorou?	Sim	33	14	31	11	25	18
	Não	2	3	3	0	1	1
	Género						
		Feminino			Masculino		
Melhorou?	Sim	91			51		
	Não	9			0		
	Adquire habitualmente os medicamentos nesta farmácia?						
		Nunca		Às vezes		Sempre	
Melhorou?	Sim	7		57		78	
	Não	1		1		7	

Na Figura 18, podemos observar que a pontuação da qualidade global da interação (1 a 11) diferiu consoante a farmácia onde ocorreu, sendo que as farmácias A, D, E e F apresentaram pontuações superiores às farmácias B e C.

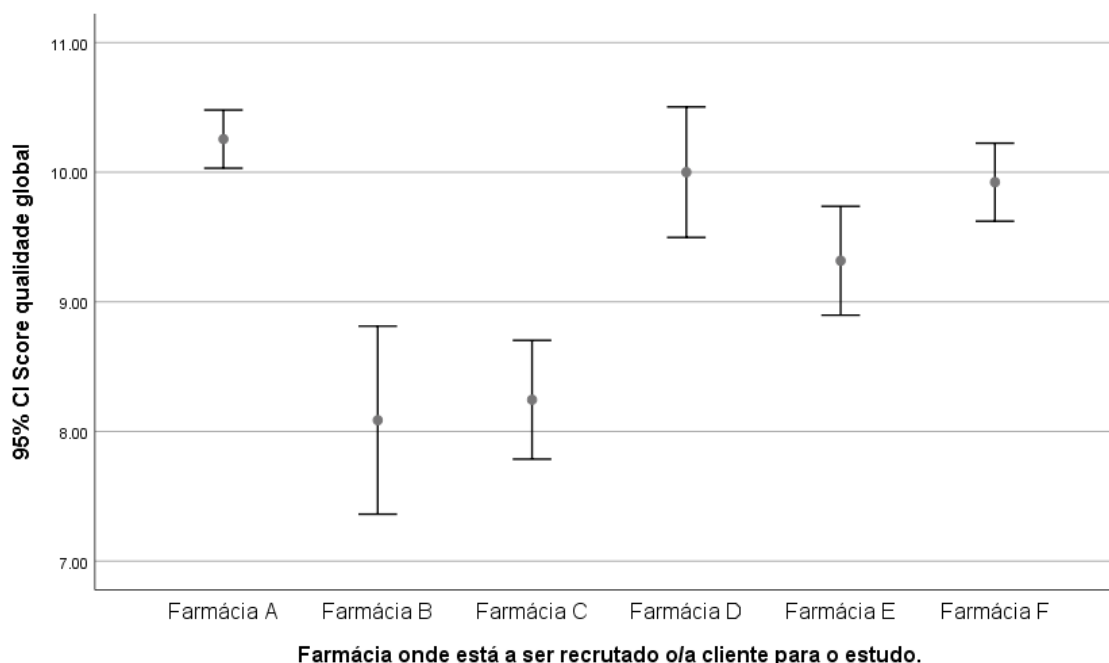


Figura 18 – Pontuações da qualidade global das interações CPT-cliente por farmácia

O género do cliente recrutado, a fidelização à farmácia e a condição de viver sozinho ou acompanhado não parecem influenciar significativamente a qualidade global da interação.

Em relação à satisfação dos clientes, o valor médio dos inquiridos foi de 4.70 (mediana = 5).

O modelo da regressão linear múltipla *stepwise*, com a variável dependente “satisfação global do cliente”, obteve como variáveis independentes significativas as variáveis: fidelização (Adquire habitualmente os medicamentos nesta farmácia?), pontuação da qualidade de avaliação (1 a 5) e género. Este modelo revelou um coeficiente de correlação múltipla $R = 0.410$ e um coeficiente de determinação ajustado $R^2_{\text{ajustado}} = 0.150$. Podemos assim afirmar que apenas 15.0% da variabilidade total em y (satisfação global do cliente) é explicada pelas variáveis independentes presentes no modelo de regressão. O nosso modelo final ajustado pode ser descrito pela expressão: $y = 3.647 + 0.318 \times \text{fidelização} + 0.206 \times \text{pontuação da qualidade de avaliação} + 0.204 \times \text{género}$. O modelo embora significativo, apresenta um valor baixo de F ($F=9.087$, $p < 0.001$) e explica uma proporção limitada da variabilidade da pontuação da satisfação global ($R^2_{\text{ajustado}} = 0.150$).

Os resíduos não estavam autocorrelacionados (Durbin Watson; $DW= 2.083$) e as variáveis independentes não eram colineares (1.000 menor VIF menor 1.018). Na obtenção do modelo foram excluídos os casos 7 e 130, sendo que o caso 7 apresentou um resíduo studentizado superior a 3 em valor absoluto (outlier com desvio padrão = -3.364), sendo que a média absoluta dos resíduos foi muito próxima de 0, e o caso 130 apresentou um valor de *centered leverage* representativo deste caso ser muito influente.

Embora só tenham sido selecionadas as 3 variáveis independentes estudadas, os cálculos univariados iniciais evidenciaram que apesar de não significativa, a idade do cliente apresentou um coeficiente de regressão negativo (-0.25), o que parece indicar que quanto maior a idade do cliente menor a satisfação global. Apesar de não apresentarem valores estatisticamente significativos é curioso verificar que também as variáveis: pontuação da qualidade global ($\beta = -0.023$), nível de escolaridade ($\beta = -0.014$), se vive sozinho(a) ($\beta = -0.105$) correlacionaram-se inversamente com a satisfação global do cliente.

8.4. Discussão

No contexto dos resultados obtidos é importante referir que a farmácia B (23 clientes recrutados) não completou os 6 meses do estudo, tendo desistido a meio e a farmácia D (20 clientes recrutados) abriu ao público um mês antes do início do estudo. Os fatores previamente mencionados certamente tiveram impacto na integração e participação destas farmácias no estudo, sendo que foram as que ficaram mais aquém no recrutamento de clientes participantes.

Houve, no entanto, uma dificuldade generalizada em manter as CPT comprometidas com o estudo sendo que nenhuma farmácia atingiu sequer metade do recrutamento pretendido de clientes. Conforme referido anteriormente no capítulo 7 (implementação de um balanced scorecard focado na melhoria da gestão da qualidade da dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica), vários fatores como constantes alterações nas equipas, falta de tempo, escassez de pessoal, indisponibilidade dos clientes, reclamações sobre a duração da interação colaborador-cliente proposta, falta de conhecimentos de informática e baixa motivação, foram as principais barreiras relatadas ao cumprimento do recrutamento de 100 clientes inicialmente previsto. Foi adotada uma postura de persistente motivação às equipas, e contínua ajuda e formação nos diversos instrumentos do estudo para os novos colaboradores que entraram após as farmácias já estarem a participar na implementação do BSC e também para relembrar e motivar os colaboradores já envolvidos no estudo. Contudo, não é esperado que as amostras de clientes se desviem significativamente das características gerais das populações servidas por cada farmácia. Por exemplo, o instituto nacional de estatística (INE), confirma através dos censos de 2011 os dados demográficos encontrados para a população da Farmácia B no que diz respeito ao nível de escolaridade, havendo no município baixos níveis de escolaridade.

Sobre as interações de dispensa de MNSRM, encontrámos que estas ocorrem maioritariamente devido a queixas de problemas de saúde menores apresentadas pelos clientes (n=142) e não no contexto de pedidos diretos de MNSRM pelo seu nome (n=53), podendo este fator influenciar a procura, por parte do cliente, de um profissional de saúde especializado (como um farmacêutico) em que deposite maior confiança. De acordo com a literatura, as farmácias que apresentaram maior percentagem de pedidos

(versos queixas), as farmácias B e C são as que apresentaram nas interações colaborador-cliente uma Pontuação de Qualidade Global inferior (64,67,72,78–80).

A avaliação reportada pelos profissionais das farmácias pautou-se, no global, pelo cumprimento dos critérios propostos. Tal poderá eventualmente decorrer deste estudo ter sido efetuado no âmbito de uma intervenção com uma ferramenta de gestão, para melhorar o serviço de dispensa de MNSRM.

O conceito de satisfação dos clientes é um conceito difícil de medir objetivamente, pois resulta de uma avaliação pessoal que não pode ser diretamente observada. A medição da satisfação dos clientes reflete, a resposta a três importantes variáveis: a preferência pessoal do cliente, as expectativas do cliente com o serviço e a realidade do serviço obtido (factos concretos com influência na satisfação, como por exemplo, tempos de espera). De certa forma a medição da satisfação do cliente reflete não só o serviço prestado, como também as características e expectativas do cliente (176).

Os componentes de satisfação identificados na literatura como importantes para a satisfação dos clientes são: a abordagem interpessoal, a qualidade técnica do serviço, a acessibilidade e conveniência, o custo, a eficácia ou os resultados do serviço, a adequação percebida do ambiente ou setting onde ocorre o serviço e a disponibilidade (176).

Como é comum nos estudos publicados anteriormente, o instrumento utilizado na medição da satisfação dos clientes foi um questionário (183). O valor médio de satisfação global autorreportado pelos participantes no questionário de satisfação foi elevado (4.70, numa escala de 1 a 5). Este valor é muito semelhante a outro realizado em Espanha com o mesmo questionário (4.52) (169).

No geral observam-se elevados níveis de satisfação com o serviço das farmácias. Embora estes resultados não digam respeito especificamente a interações de automedicação, parece razoável extrapolar que a satisfação com este serviço será igualmente elevada (169,179,181,183,184). Apesar da elevada satisfação verificada, é provável que esta dependa das baixas expectativas dos clientes, sendo que estas poderão ser

melhor adequadas à medida que os clientes sejam expostos a serviços mais diferenciados e de melhor qualidade (183,184).

Um estudo nacional efetuado em farmácias comunitárias (2017), com o objetivo de avaliar a satisfação dos clientes com o atendimento em farmácias comunitárias do distrito de Braga, refere como preditores da satisfação do cliente as seguintes variáveis: tempo de espera, atendimento e aconselhamento (neste estudo mais numa perspetiva interpessoal), serviços disponíveis (não comparável pois no nosso estudo apenas um serviço foi analisado) e escolaridade dos clientes (179). Numa abordagem futura a questão do tempo de espera será interessante explorar em maior detalhe.

Implicações para a prática e investigação

Futuramente é recomendado a criação e validação de um instrumento concreto para medir a satisfação dos clientes com o serviço de dispensa de MNSRM. É igualmente recomendado o desenvolvimento de estudos com uma maior amostra de clientes para que se possam efetuar inferências estatísticas e, mais concretamente, determinar as variáveis implicadas na satisfação global do cliente.

Caso seja confirmado que o género é um fator significativo na satisfação global do cliente, é recomendado que seja determinado porquê e efetuado um estudo explanatório que determine as diferenças das necessidades e desejos específicos de cada género na sua abordagem à farmácia comunitária para a aquisição de MNSRM e na resolução de problemas menores de saúde.

Após a determinação das expectativas dos clientes representadas através de variáveis implicadas na sua satisfação global é recomendado desenho de abordagens para aumentar e estandardizar a qualidade da avaliação nas interações de dispensa de MNSRM.

8.5. Limitações

Pela impossibilidade de o investigador ter acesso direto ao número de telemóvel dos clientes participantes, ocorreu uma variação entre uma semana a um mês no contacto com os clientes a quem foi

prestado o serviço de dispensa de MNSRM, pelo que, em clientes que receberam o serviço há mais tempo pode ter existido um viés de memória (127).

Devido ao baixo valor de coeficiente de determinação ajustado ($R^2_{\text{ajustado}} = 0.150$), não deve ser feita uma inferência estatística dos resultados, embora o presente estudo tenha contribuído para determinar quais das variáveis com impacto significativo. Estes cálculos funcionaram apenas para determinar indicadores de satisfação global que em estudos futuros podem ser confirmados.

8.6. Conclusão

Apesar de ser necessário um estudo com uma maior amostra de clientes para se poder efetuar inferências estatísticas, uma vez que o coeficiente de determinação ajustado do modelo foi baixo, as variáveis que parecem ser mais preditivas da satisfação global do cliente são a fidelização à farmácia, a pontuação da qualidade de avaliação e o género do cliente.

Abordagens desenhadas para aumentar e estandardizar a qualidade da avaliação da situação clínica nas interações de dispensa de MNSRM em farmácias comunitárias poderão ser fundamentais para melhorar a sua relação com os clientes e aumentar a competitividade face à concorrência, nomeadamente os locais de venda de MNSRM.

QualMed: Desenvolvimento de uma intervenção com aplicação do Balanced Scorecard com vista à melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

Parte IV - Discussão e Conclusões

No único capítulo desta parte final da tese são abordados pontos chave da discussão dos capítulos 6 “qualidade na dispensa de MNSRM em farmácias comunitárias portuguesas: caso exploratório”, 7 “implementação de um balanced scorecard focado na melhoria da gestão da qualidade da dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica” e 8 “resultados em saúde e satisfação com atendimentos de automedicação em farmácias comunitárias: perspetiva dos clientes” sistematizando, as implicações para a prática profissional e futura investigação. Numa última secção são apresentadas resumidamente as principais conclusões desta investigação.

9. Discussão e considerações finais

Este estudo baseou-se na abordagem inovadora de aplicar o DSRM para desenvolver uma ferramenta de gestão - o BSC - para melhoria da gestão da qualidade do serviço de dispensa de MNSRM. Previamente ao desenvolvimento e teste do BSC, foi explorada a qualidade do serviço de dispensa de MNSRM numa farmácia selecionada intencionalmente, reconhecendo assim o potencial de aprender com a sua prática e identificar aspetos que poderão estar implicados na qualidade do serviço, não só ao nível do desempenho técnico e interpessoal, mas também organizacional.

9.1. Qualidade na dispensa de MNSRM em farmácias comunitárias portuguesas: caso exploratório

Nesta secção do estudo foi abordado o desempenho técnico e interpessoal da equipa da farmácia no serviço de dispensa de MNSRM, assim como aspetos que os influenciam. Foi ainda explorada a comunicação oral da equipa da farmácia, bem como a sua perspetiva sobre as razões subjacentes ao desempenho observado. Para tal, os resultados obtidos por via de clientes simulados foram posteriormente utilizados para informar qualitativas com a equipa. Apesar de não ser frequente na literatura, esta abordagem revelou-se particularmente útil para compreender em profundidade a multiplicidade de fatores que afetam o desempenho da equipa da farmácia, podendo ser utilizada quando se pretende promover intervenções de melhoria.

Em concordância com a literatura o desempenho técnico foi superior para queixas apresentadas pelo cliente (63%), do que em pedidos diretos pelo nome do MNSRM (31%) (64,67,72,78–80).

Ao nível do desempenho técnico, e particularmente nos casos de pedidos (PbS), o principal ponto fraco foi uma avaliação limitada ou omissa. Conforme foi identificado pela CPT nas entrevistas qualitativas, fatores como o preconceito da CPT em crer que os clientes apresentam “ideias fixas” sobre os medicamentos, por estarem acostumados a estes, leva a que exista uma perceção que as perguntas ou conselhos não são bem recebidos pelos clientes. Igualmente, é referido um menosprezar pelo potencial risco no uso de alguns MNSRM como o paracetamol, o que leva a CPT a não fazer uma avaliação completa.

A análise da comunicação interpessoal nos atendimentos estudados mostrou uma predominância de perguntas fechadas, que podem comprometer a recolha efetiva de informação. A confirmar-se esta tendência em estudos com amostras mais alargadas justificam-se ações de melhoria. Estão descritas intervenções efetivas para melhorar a capacidade de comunicação dos profissionais, como o uso de uma abordagem de aprendizagem ativa, recorrendo ao cliente simulado com ocultação, feedback e reflexão (185). Uma abordagem menos onerosa e que pode ser benéfica é promover a auditoria interpares nas equipas das farmácias, utilizando critérios de qualidade previamente acordados e que incluam aspetos respeitantes à comunicação interpessoal.

Apesar da automedicação assistida nas farmácias portuguesas prever a supervisão de um farmacêutico, não existe uma definição clara do papel do farmacêutico em relação a outros membros da equipa da farmácia, nem mecanismos estruturados para a referenciação para o farmacêutico quando o atendimento é iniciado por outro profissional. Garantir a qualidade e segurança da automedicação assistida pela equipa da farmácia poderá requerer uma standardização do treino e consenso sobre as situações que requerem referenciação para o farmacêutico (186).

Idealmente, seria desejável futuramente a definição de critérios de qualidade aceites e compreendidos por todas as partes interessadas no serviço de dispensa em MNSRM, ajustando a opinião dos profissionais aos desejos dos clientes numa abordagem mais orientada para o cliente. É necessária mais investigação sobre as perspetivas dos clientes, pois este estudo sugere a existência de discrepâncias nas perceções de “qualidade” entre os consumidores e as equipas farmacêuticas.

9.2. Implementação de um balanced scorecard focado na melhoria da gestão da qualidade da dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Os fatores identificados como envolvidos na qualidade do serviço foram importantes para o desenvolvimento do modelo genérico e pré-testado de BSC, composto por 13 indicadores em quatro perspetivas (clientes, processos organizacionais internos, inovação e aprendizagem, financeira). Posteriormente este BSC foi ajustado à realidade individual de cada uma das cinco farmácias. No final da implementação do BSC foi efetuado um grupo focal, para estudar a utilidade e aplicabilidade do BSC. O grupo focal seguiu-se a uma apresentação dos dados do estudo anonimizados, para suscitar discussões e foi aberto a todos os farmacêuticos interessados, e não apenas os que participaram na intervenção.

Na perspetiva dos clientes, a satisfação com as intervenções em automedicação assistida permaneceu alta durante todo o estudo (total de 125 clientes entrevistados; média de 4.71 numa escala de 1 a 5), a melhoria autorreportada foi igualmente elevada durante o estudo em todas as farmácias participantes existindo apenas sete clientes a reportarem não terem melhorado. Na perspetiva dos processos organizacionais internos, foram desenvolvidos procedimentos para os processos críticos do serviço de dispensa de MNSRM em todas as farmácias, sendo que estas em média efetuaram quatro mudanças ou incrementos a estes processos no decorrer dos seis meses do estudo.

A aplicação do BSC pareceu ajudar a promover a cultura clã e adocrática, o que por sua vez, pode potenciar a melhoria e diferenciação contínuas e contribuir para novas iniciativas registadas (perspetiva da inovação e aprendizagem).

Em concordância com a literatura, a perspetiva financeira pareceu ser influenciada por um melhor desempenho nos restantes indicadores do BSC, nomeadamente da inovação e da melhoria das competências das equipas das farmácias comunitárias (CPT) (92). O valor e o número de embalagens vendidas de MNSRM aumentou relativamente às vendas totais em quatro farmácias. Igualmente, a margem de MNSRM atingiu o aumento pré-definido pelos gestores de quatro farmácias.

O grupo focal indicou aceitação do BSC e uma perceção de benefício, identificando adicionalmente, barreiras e facilitadores à sua implementação. Dos facilitadores identificados destaca-se o apoio externo por um especialista na aplicação do BSC.

9.3. Resultados em saúde e satisfação com atendimentos de automedicação em farmácias comunitárias: perspetiva dos clientes

Neste estudo foram explorados com maior detalhe os resultados da perspetiva do cliente no âmbito do BSC, sendo analisada a melhoria do estado de saúde autorreportada por clientes envolvidos em interações com as várias CPT e a satisfação dos clientes nestas farmácias.

A maior parte das interações envolvendo dispensas de MNSRM surgiram devido à apresentação de queixas de problemas de saúde menores por parte dos clientes. A confirmar-se esta tendência é importante a presença de um profissional de saúde qualificado para promover uma automedicação eficaz e segura, conforme preveem as entidades reguladoras do setor (4).

O desempenho técnico das equipas das farmácias intervencionadas com o BSC foi globalmente superior ao reportado no capítulo 6 “qualidade na dispensa de MNSRM em farmácias comunitárias portuguesas: caso exploratório”. Contudo, é de salientar que foram utilizados métodos distintos – autorreporte das equipas das farmácias e doente simulado, respetivamente – o que pode contribuir para as diferenças observadas. O autorreporte é mais suscetível a viés, podendo o comportamento reportado não corresponder à realidade. Em futuras investigações seria importante recorrer ao doente simulado para recolher dados nas várias farmácias intervencionadas.

A satisfação global dos clientes foi elevada. No futuro seria importante avaliar psicometricamente o questionário utilizado, para garantir que o instrumento mede efetivamente o construto que se propõe medir, originando resultados válidos e fiáveis.

Não sendo possível inferência estatística com os dados obtidos, devido ao baixo valor de coeficiente de determinação ajustado, foram detetados como preditores da satisfação do cliente as variáveis: fidelização, pontuação da qualidade da avaliação e género (maior satisfação no género feminino). Apesar de não apresentarem valores significativos estatisticamente é curioso verificar que as variáveis: pontuação da qualidade global, idade e nível de escolaridade apresentam correlacionar-se inversamente com a satisfação global do cliente.

O facto de a pontuação da qualidade global correlacionar-se inversamente com a satisfação global do cliente poderá ser devido à valorização de diferentes aspetos de “qualidade” entre os profissionais e os clientes, ou possivelmente dependendo da situação PbS ou SbS, um desejo de intervenções mais curtas que não contemplem o cumprimento dos onze critérios de qualidade pontuados nesta investigação. Para

as variáveis idade e nível de escolaridade uma possível explicação para a correlação inversa com a satisfação global, são as prováveis maiores expectativas de consumidores com estas características.

9.4. Considerações finais

A presente investigação gerou conhecimento sobre a utilização do BSC em farmácia comunitária, demonstrando a sua utilidade para gerir a qualidade de um serviço de dispensa de MNSRM. Desta forma abre-se a possibilidade da gestão da qualidade deste serviço ser realizada de forma estruturada, numa perspetiva organizacional.

Devido à variabilidade entre farmácias no que respeita à localização, número de colaboradores e tipo de clientes, não é possível o uso de um BSC único. Ainda assim foi estabelecido um BSC que pode ser usado como ponto de partida por outras farmácias interessadas em adotar esta prática.

O apoio externo foi identificado como um facilitador à aplicação do BSC. Outro facilitador apontado, foi a incorporação do BSC no sistema informático da farmácia, com produção automatizada de alguns dos indicadores e recurso a alertas de gestão que sinalizem e avisem quando os indicadores estiverem abaixo do resultado pré-estabelecido. Estes facilitadores podem ajudar a ultrapassar as barreiras à inovação, como a falta de tempo.

Para garantir que esta melhoria seja permanente é fundamental que a aplicação do BSC e seus indicadores se mantenha pós-intervenção (como parece ser o caso pelos resultados do grupo focal), promovendo igualmente uma inovação e ajuste contínuo perante novas realidades e novos clientes.

Fatores a ter em conta em estudos futuros da aplicação do BSC em farmácia comunitária é: a necessidade de uma amostra maior para, por exemplo, na perspetiva dos clientes se poder efetuar inferências estatísticas; e a necessidade de efetuar um estudo durante um ano, para se poder eliminar uma limitação deste estudo e se poder obter uma imagem mais clara do serviço de dispensa de MNSRM ao longo do ano, eliminando um possível viés resultante das características específicas do período de tempo analisado.

Comprovando a mais valia do uso do BSC, a aplicação deste poderá ser estendida a outros serviços da farmácia comunitária, como por exemplo o serviço de dispensa de medicamentos sujeitos a receita médica ou os serviços farmacêuticos.

A ter em conta em futuras implementações do BSC são os sete facilitadores da mudança na prática profissional identificados em farmácias australianas, incluindo: o relacionamento com os médicos, a remuneração, o layout da farmácia, as expectativas dos clientes, a disponibilidade da equipa (sendo faltas de pessoal uma das dificuldades apontadas pelos gestores neste estudo), a comunicação e trabalho em equipa e como já referido a ajuda de um perito externo (187).

A qualidade no serviço de dispensa de MNSRM parece ser influenciada por questões cognitivas e emocionais, sendo que para maximizar a melhoria, intervenções futuras devem ser multimodais visando não só o desempenho técnico, de acordo com critérios pré-estabelecidos e aceites pelos intervenientes, mas também a comunicação interpessoal e o contexto organizacional.

Intervenções para aumentar e estandardizar a qualidade da avaliação nas interações de dispensa de MNSRM poderão ser fundamentais na melhoria da relação com os clientes promovendo assim a sua fidelização e igualmente necessárias para o cumprimento das farmácias comunitárias e suas equipas na sua missão de promover uma automedicação eficaz e segura.

A ferramenta BSC provou ser uma ferramenta útil para gerir a qualidade do serviço de dispensa de MNSRM. A implementação do BSC no sistema de informação da farmácia, possivelmente aditivando de alguns alertas de gestão adicionais, poderá permitir um uso mais amplo desta ferramenta.

QualMed: Desenvolvimento de uma intervenção com aplicação do Balanced Scorecard com vista à melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

Bibliografia

1. Wertheimer AI, Serradell J. A discussion paper on self-care and its implications for pharmacists. *Pharm World Sci.* 2008;30:309–15.
2. World Health Organization. The role of the pharmacist in self-care and self-medication. Report of the 4th WHO Consultive Group on the Role of the Pharmacist. The Hague, The Netherlands; 1998.
3. Godfrey CM, Harrison MB, Lysaght R, Lamb M, Graham ID, Oakley P. Care of self - care by other - care of other: The meaning of self-care from research, practice, policy and industry perspectives. *Int J Evid Based Healthc.* 2011;9(1):3–24.
4. Ministério da Saúde. Despacho n.º 17690/2007. *Diário da República* 2007.
5. Lapão L. Desafios da complexidade de uma Rede de Cuidados de Saúde: procurando a participação do cidadão. *Rev Port Clínica Geral.* 2007;23:755–63.
6. Paudyal V, Hansford D, Cunningham S, Stewart D. Pharmacists' adoption into practice of newly reclassified medicines from diverse therapeutic areas in Scotland: A quantitative study of factors associated with decision-making. *Res Soc Adm Pharm.* 2014;10(1):88–105.
7. Gualano MR, Bert F, Passi S, Stillo M, Galis V, Manzoli L, et al. Use of self-medication among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Public Health.* 2015;25(3):444–50.
8. Shehnaz SI, Agarwal AK, Khan N. A systematic review of self-medication practices among adolescents. *J Adolesc Heal.* 2014;55(4):467–83.
9. Jerez-Roig J, Medeiros LFB, Silva VAB, Bezerra CLPAM, Cavalcante LAR, Piuvezam G, et al. Prevalence of Self-Medication and Associated Factors in an Elderly Population: A Systematic

- Review. *Drugs Aging*. 2014;31(12):883–96.
10. Cruz PS, Caramona M, Guerreiro MP. Uma Reflexão Sobre a Automedicação E Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica Em Portugal. *Rev Port Farmacoter*. 2015;7(2):83–90.
 11. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 176/2006 de 30 de agosto. *Diário da República 1ª série* 2006 p. 6297–303.
 12. Gonçalves E, Marcelo A, Vilão S, da Silva JA, Martins AP. Non-prescription medicinal products dispensed exclusively in the pharmacy: an underused access opportunity in Portugal? *Drugs Ther Perspect*. 2016;32(11):488–98.
 13. Gauld NJ, Jennings LC, Frampton C, Huang QS. Five years of non-prescription oseltamivir: Effects on resistance, immunization and stockpiling. *J Antimicrob Chemother*. 2012;67(12):2949–56.
 14. Alkhatib L, Parsons R, Czarniak P, Sunderland VB. An evaluation of the reclassification of ophthalmic chloramphenicol for the management of acute bacterial conjunctivitis in community pharmacies in Western Australia. *Int J Pharm Pract*. 2015;23(2):111–20.
 15. Gauld NJ, Zeng ISL, Ikram RB, Thomas MG, Buetow SA. Antibiotic treatment of women with uncomplicated cystitis before and after allowing pharmacist-supply of trimethoprim. *Int J Clin Pharm*. 2017;39(1):165–72.
 16. Tisman A. The rising tide of OTC in Europe. IMS Health. 2010.
 17. Infarmed I.P. Vendas de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica fora das Farmácias (MNSRM) - Janeiro a Dezembro 2007 [Internet]. 2007 [cited 2018 Aug 11]. p. 1–13. Available from: http://www.infarmed.pt/documents/15786/1085423/MNSRM_200712.pdf/9bcab61f-0b2e-438d-905c-96f8840d3309?version=1.0
 18. Infarmed I.P. Vendas de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica fora das Farmácias (MNSRM) - Janeiro a Dezembro 2008 [Internet]. Vol. 2009. 2008 [cited 2018 Aug 11]. p. 1–13. Available from: http://www.infarmed.pt/documents/15786/1085418/MNSRM_200812.pdf/850d3ca9-810f-4041-af6f-87e57ddf227c?version=1.0

19. Infarmed I.P. Vendas de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica fora das Farmácias (MNSRM) - Janeiro a Dezembro 2017 [Internet]. 2017 [cited 2018 Aug 11]. Available from: <http://www.infarmed.pt/documents/15786/2210525/janeiro+a+dezembro/53e03bcd-4530-42ed-9114-d00190d0c4dd?version=1.0>
20. Infarmed I.P. Vendas de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica fora das Farmácias (MNSRM) - Janeiro a Dezembro 2009 [Internet]. Vol. 2010. 2009 [cited 2018 Aug 11]. p. 1–13. Available from: http://www.infarmed.pt/documents/15786/1085413/MNSRM_200912_0.pdf/c30ccc41-604f-4814-b72f-7b01bf00a26f?version=1.0
21. Infarmed I.P. Vendas de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica fora das Farmácias (MNSRM) - Janeiro a Dezembro 2010 [Internet]. 2010 [cited 2018 Aug 11]. Available from: http://www.infarmed.pt/documents/15786/1085408/MNSRM_201012.pdf/9e985cef-9d1c-4ff4-b101-bce082a7b02c?version=1.0
22. Infarmed I.P. Vendas de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica fora das Farmácias (MNSRM) - Janeiro a Dezembro 2011 [Internet]. 2011 [cited 2018 Aug 11]. p. 1–13. Available from: http://www.infarmed.pt/documents/15786/1085403/MNSRM_201112.pdf/9b628f72-2503-466a-a745-31654d75fde7?version=1.0
23. Infarmed I.P. Vendas de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica fora das Farmácias (MNSRM) - Janeiro a Dezembro 2012 [Internet]. 2012 [cited 2018 Aug 11]. p. 1–13. Available from: http://www.infarmed.pt/documents/15786/1085398/MNSRM_201212.pdf/756369e1-7f65-49f8-aec8-6afe4dc5d7b8?version=1.0
24. Infarmed I.P. Vendas de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica fora das Farmácias (MNSRM) - Janeiro a Dezembro 2013 [Internet]. 2013 [cited 2018 Aug 11]. p. 1–6. Available from:

- http://www.infarmed.pt/documents/15786/1085393/MNSRM_201312.pdf/f0941d58-ab6c-4ccd-b5eb-56603e9a2b07?version=1.0
25. Infarmed I.P. Vendas de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica fora das Farmácias (MNSRM) - Janeiro a Dezembro 2014 [Internet]. 2014 [cited 2018 Aug 11]. p. 1–13. Available from: http://www.infarmed.pt/documents/15786/1085388/MNSRM_201412.pdf/7f2da57e-2b15-411e-bb50-ecec638be0d3?version=1.0
26. Infarmed I.P. Vendas de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica fora das Farmácias (MNSRM) - Janeiro a Dezembro 2015 [Internet]. 2015 [cited 2018 Aug 11]. p. 1–20. Available from: http://www.infarmed.pt/documents/15786/1085383/MNSRM_201512.pdf/b921f19b-5f0a-4ee8-8da4-bf074760c2cd?version=1.0
27. Infarmed I.P. Vendas de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica fora das Farmácias (MNSRM) - Janeiro a Dezembro 2016 [Internet]. 2016 [cited 2018 Aug 11]. Available from: <http://www.infarmed.pt/documents/15786/1296906/janeiro+a+dezembro/0d450de2-4825-47f9-bd32-ca4f8fb4a02d?version=1.1>
28. Cohen J, Millier A, Karray S, Toumi M. Assessing the economic impact of Rx-to-OTC switches: systematic review and guidelines for future development. *J Med Econ*. 2013;16(6):835–44.
29. Fielding S, Porteous T, Ferguson J, Maskrey V, Blyth A, Paudyal V, et al. Estimating the burden of minor ailment consultations in general practices and emergency departments through retrospective review of routine data in North East Scotland. *Fam Pract*. 2015;32(2):165–72.
30. Watson MC, Ferguson J, Barton GR, Maskrey V, Blyth A, Paudyal V, et al. A cohort study of influences, health outcomes and costs of patients' health-seeking behaviour for minor ailments from primary and emergency care settings. *BMJ Open*. 2015;5(2).
31. Paudyal V, Watson MC, Sach T, Porteous T, Bond CM, Wright DJ, et al. Are pharmacy-based minor ailment schemes a substitute for other service providers? A systematic review. *Br J Gen Pract*. 2013;63(612):472–81.
32. Hughes CM, McElnay JC, Fleming GF. Benefits and Risks of Self Medication. *Drug Saf*. 2001;24(14):1027–37.

33. Eickhoff C, Hammerlein A, Griesse N, Schulz M. Name and frequency of drug-related problems in self-medication (over-the-counter drugs) in daily community pharmacy practice in Germany. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2012;21:254–60.
34. Turner JN. Some potential interactions between prescribed drugs and over-the-counter drug products. *Calif Med.* 1972;117(3):13–21.
35. Honig PK, Gillespie BK. Drug Interactions Between Prescribed and Over-the-Counter Medication. *Drug Saf.* 1995;13(5):296–303.
36. Sihvo S, Klaukka T, Martikainen J, Hemminki E. Frequency of daily over-the-counter drug use and potential clinically significant over-the-counter-prescription drug interactions in the Finnish adult population. *Eur J Clin Pharmacol.* 2000;56(6–7):495–9.
37. Indermitte J, Reber D, Beutler M, Bruppacher R, Hersberger KE. Prevalence and patient awareness of selected potential drug interactions with self-medication. *J Clin Pharm Ther.* 2007;32(2):149–59.
38. Yoon SL, Schaffer SD. Herbal, Prescribed, and Over-the-Counter Drug Use in Older Women: Prevalence of Drug Interactions. *Geriatr Nurs.* 2006;27(2):118–29.
39. Hersh E V., Pinto A, Moore PA. Adverse drug interactions involving common prescription and over-the-counter analgesic agents. *Clin Ther.* 2007;29:2477–97.
40. Bortolon PC, Medeiros EFF de, Naves JOS, Karnikowski MG de O, Nóbrega O de T. Análise do perfil de automedicação em mulheres idosas brasileiras TT - Analysis of the self-medication pattern among Brazilian elderly women. *Ciênc saúde coletiva.* 2008;13(4):1219–26.
41. Olesen C, Harbig P, Barat I, Damsgaard EM. Absence of “over-the-counter” medicinal products in on-line prescription records: a risk factor of overlooking interactions in the elderly.

- Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2013;(22):145–50.
42. Cooper RJ. “I can’t be an addict. I am.” Over-the-counter medicine abuse: a qualitative study. *BMJ Open*. 2013;3.
 43. Roussin A, Bouyssi A, Pouché L, Pourcel L, Lapeyre-Mestre M. Misuse and Dependence on Non-Prescription Codeine Analgesics or Sedative H1 Antihistamines by Adults: A Cross-Sectional Investigation in France. *PLoS One*. 2013;8(10).
 44. Cairns R, Brown JA, Buckley NA. The impact of codeine re-scheduling on misuse: a retrospective review of calls to Australia’s largest poisons centre. *Addiction*. 2016;111(10):1848–53.
 45. Cooper RJ. Over-the-counter medicine abuse - a review of the literature. *J Subst Use*. 2013;18(2):82–107.
 46. Shiffman S, Battista DR, Kelly JP, Malone MK, Weinstein RB, Kaufman DW. Prevalence of Exceeding Maximum Daily Dose of Acetaminophen, and Seasonal Variations in Cold-Flu Season. *Br J Clin Pharmacol*. 2018;84(6):1250-1257.
 47. Kaufman DW, Kelly JP, Battista DR, Malone MK, Weinstein RB, Shiffman S. Exceeding the daily dosing limit of nonsteroidal anti-inflammatory drugs among ibuprofen users. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2018;27:322–31.
 48. Shefrin AE, Goldman RD. Use of over-the-counter cough and cold medications in children. *Can Fam Physician*. 2009;55(11):1081–3.
 49. Ryan. Over the Counter Cough and Cold Medication Use in Young Children. *Pediatr Nurs*. 2008;34(2):174–80.
 50. Klein-Schwartz W, Sorkin JD, Doyon S. Impact of the voluntary withdrawal of over-the-counter cough and cold medications on pediatric ingestions reported to poison centers. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2010;(19):819–24.
 51. Hawton K, Bergen H, Simkin S, Dodd S, Pocock P, Bernal W, et al. Long term effect of reduced pack sizes of paracetamol on poisoning deaths and liver transplant activity in England and Wales: Interrupted time series analyses. *BMJ*. 2013;346(7895):1–9.

52. Berreni A, Montastruc F, Bondon-Guitton E, Rousseau V, Abadie D, Durrieu G, et al. Adverse drug reactions to self-medication: A study in a pharmacovigilance database. *Fundam Clin Pharmacol*. 2015;29(5):517–20.
53. Asseray N, Ballereau F, Trombert-Pavot B, Bouget J, Foucher N, Renaud B, et al. Frequency and severity of adverse drug reactions due to self-medication: A cross-sectional multicentre survey in emergency departments. *Drug Saf*. 2013;36(12):1159–68.
54. Schmiedl S, Rottenkolber M, Hasford J, Rottenkolber D, Farker K, Drewelow B, et al. Self-medication with over-the-counter and prescribed drugs causing adverse-drug-reaction-related hospital admissions: Results of a prospective, long-term multi-centre study. *Drug Saf*. 2014;37(4):225–35.
55. Hopf Y, Watson M, Williams D. Adverse-drug-reaction related admissions to a hospital in Scotland. *Pharm World Sci*. 2008;30(6):854–62.
56. Martins D, Couto S, Ribeiro M, Fernandes A. Prevalência da Automedicação na Região de Bragança: A Perspectiva do Consumidor e do Farmacêutico. *Egitania Sci*. 2011;8:199–215.
57. Nunes De Melo M, Madureira B, Nunes Ferreira AP, Mendes Z, Da Costa Miranda A, Martins AP. Prevalence of self-medication in rural areas of Portugal. *Pharm World Sci*. 2006;28(1):19–25.
58. Xu T, de Almeida Neto AC, Moles RJ. A systematic review of simulated-patient methods used in community pharmacy to assess the provision of non-prescription medicines. *Int J Pharm Pract*. 2012;20(5):307–19.
59. Martins AP, Miranda Ada C, Mendes Z, Soares MA, Ferreira P, Nogueira A. Self-medication in a Portuguese urban population: a prevalence study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2002;11(5):409–14.

60. Ordem dos Farmacêuticos, Associação Nacional das Farmácias, Grupo Farmacêutico da União Europeia. Boas Práticas de Farmácia para Portugal. 2001.
61. DECO Proteste. Alli medicamento para emagrecer vendido sem controlo [Internet]. 2010 [cited 2017 May 2]. Available from: https://www.deco.proteste.pt/-/media/edideco/resources/paper/publications/teste_saude/2010/teste_saude_084/594641_attach.pdf?la=pt-pt
62. DECO Proteste. Pílula do dia seguinte [Internet]. 2011 [cited 2018 Feb 6]. Available from: https://www.deco.proteste.pt/-/media/edideco/resources/paper/publications/teste_saude/2010/teste_saude_088/627321_attach.pdf?la=pt-pt
63. Ordem dos Farmacêuticos. Norma de Intervenção Farmacêutica na Contraceção de Emergência. Revista Ordem dos Farmacêuticos. 2005;22–7.
64. Watson MC, Bond CM, Johnston M, Mearns K. Using human error theory to explore the supply of non-prescription medicines from community pharmacies. Qual Saf Heal Care. 2006;15(4):244–50.
65. Alte D, Weitschies W, Ritter CA. Evaluation of consultation in community pharmacies with mystery shoppers. Ann Pharmacother. 2007;41(6):1023–30.
66. Schneider CR, Everett AW, Geelhoed E, Kendall PA, Murray K, Garnett P, et al. Provision of primary care to patients with chronic cough in the community pharmacy setting. Ann Pharmacother. 2011;45(3):402–8.
67. Langer B, Bull E, Burgsthaler T, Glawe J, Schwobeda M, Simon K. Assessment of counselling for acute diarrhoea in German pharmacies: a simulated patient study. Int J Pharm Pract. 2017;26(4):310-317.
68. Anderson C, Bissell P. Using semi covert research to evaluate an emergency hormonal contraception service. Pharm World Sci. 2004;26(2):102–6.
69. Weiss MC, Booth A, Jones B, Ramjeet S, Wong E. Use of simulated patients to assess the clinical and communication skills of community pharmacists. Pharm World Sci. 2010;32(3):353–61.
70. MacFarlane B, Matthews A, Bergin J. Non-prescription treatment of NSAID induced GORD by Australian pharmacies: a national simulated patient study. Int J Clin Pharm. 2015;37(5):851–6.

71. Inch J, Porteous T, Maskrey V, Blyth A, Burr J, Cleland J, et al. It's not what you do it's the way that it's measured: quality assessment of minor ailment management in community pharmacies. *Int J Pharm Pract.* 2017;25(4):253–62.
72. Bardage C, Westerlund T, Barzi S, Bernstein C. Non-prescription medicines for pain and fever - A comparison of recommendations and counseling from staff in pharmacy and general sales stores. *Health Policy.* 2013;110(1):76–83.
73. Queddeng K, Chaar B, Williams K. Emergency contraception in Australian community pharmacies: A simulated patient study. *Contraception.* 2011;83(2):176–82.
74. Kippist C, Wong K, Bartlett D, Saini B. How do pharmacists respond to complaints of acute insomnia? A simulated patient study. *Int J Clin Pharm.* 2011;33(2):237–45.
75. Rutter PM, Horsley E, Brown DT. Evaluation of community pharmacists' recommendations to standardized patient scenarios. *Ann Pharmacother.* 2004;38(6):1080–5.
76. Watson MC, Bond CM, Grimshaw JM, Johnston M. Factors predicting the guideline compliant supply (or non-supply) of non-prescription medicines in the community pharmacy setting. *Qual Saf Heal Care.* 2006;15(1):53–7.
77. Kelly FS, Williams KA, Benrimoj SI. Does advice from pharmacy staff vary according to the nonprescription medicine requested? *Ann Pharmacother.* 2009;43(11):1877–86.
78. Benrimoj SI, Werner JB, Raffaele C, Roberts AS, Costa F a. Monitoring quality standards in the provision of non-prescription medicines from Australian Community Pharmacies: results of a national programme. *Qual Saf Health Care.* 2007;16(5):354–8.
79. Horvat N, Koder M, Kos M. Using the Simulated Patient Methodology to Assess Paracetamol-Related Counselling for Headache. *PLoS One.* 2012;7(12).

80. Xu T, De Almeida Neto AC, Moles RJ. Simulated caregivers: Their feasibility in educating pharmacy staff to manage children's ailments. *Int J Clin Pharm*. 2012;34(4):587–95.
81. Neto ACDA, Benrimoj SI, Kavanagh DJ, Boakes RA. Novel Educational Training Program for Community Pharmacists. 2006;64(6):302–7.
82. Watson MC, Bond CM, Grimshaw JM, Mollison J, Ludbrook A, Walker AE. Educational strategies to promote evidence-based community pharmacy practice: a cluster randomized controlled trial (RCT). *Fam Pract*. 2002;19(5):529–36.
83. Collins JC, Schneider CR, Wilson F, de Almeida Neto AC, Moles RJ. Community pharmacy modifications to non-prescription medication requests: A simulated patient study. *Res Soc Adm Pharm*. 2017;
84. Roberts A, Benrimoj S, Dunphy D, I P. Community pharmacy: strategic change management. Sydney, Australia: McGraw-Hill; 2007.
85. Scahill S, Harrison J, Carswell P, Babar ZUD. Organisational culture: An important concept for pharmacy practice research. *Pharm World Sci*. 2009;31(5):517–21.
86. Feletto E, Wilson LK, Roberts AS, Benrimoj SI. Measuring organizational flexibility in community pharmacy: Building the capacity to implement cognitive pharmaceutical services. *Res Soc Adm Pharm*. 2011;7(1):27–38.
87. Doucette W, Jambulingam T. Pharmacy entrepreneurial orientation: antecedents and its effect on the provision of innovative pharmacy services. *J Soc Adm Pharm*. 1999;16:26–37.
88. Mazzocato P, Savage C, Brommels M, Aronsson H, Thor J. Lean thinking in healthcare: A realist review of the literature. *Qual Saf Heal Care*. 2010;19(5):376–82.
89. Grenha CM, Azevedo Antão A. Sustentabilidade da dispensa de medicamentos nas farmácias em Portugal. Aveiro; 2016.
90. Martins P. Número de farmácias em insolvência mais do que triplicou em cinco anos. Público [Internet]. 2018; Available from: <https://www.publico.pt/2018/01/10/sociedade/noticia/numero-de-farmacias-em-insolvencia-mais-do-que-triplicou-em-cinco-anos-1798803>

91. Gregório J, Russo G, Lapão LV. Pharmaceutical services cost analysis using time-driven activity-based costing: A contribution to improve community pharmacies' management. *Res Soc Adm Pharm.* 2016;12(3):475–85.
92. Kaplan, R S; Norton DP. The balanced scorecard –measures that drive performance the balanced scorecard – measures. *Harv Bus Rev.* 1992;71–9.
93. Kennie-Kaulbach N, Farrel B, Ward N. Pharmacist provision of primary health care: a modified Delphi validation of pharmacists' competencies. *BMC Fam Pr.* 2012;13(27).
94. Hepler C, Strand L. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* 1990;(47):533–43.
95. Balasteiro S. O farol de S. Julião. *Revista Saúde* [Internet]. 2016; Available from: <https://www.revistasauda.pt/noticias/Pages/O-farol-de-S--Juliao.aspx>
96. Rais A, Viana A. Operations research in healthcare: A survey. *Int Trans Oper Res.* 2011;18(1):1–31.
97. Scott T, Mannion R, Marshall M, Davies H. Does organisational culture influence health care performance? A review of the evidence. *J Heal Serv Res 7 Policy.* 2003;8(2):105–17.
98. Jacobs S, Ashcroft D, Hassell K. Culture in community pharmacy organisations: what can we glean from the literature? *J Health Organ Manag.* 2011;25(4):420–54.
99. Scott T, Mannion R, Davies H, Marshall M. Methods The Quantitative Measurement of Organizational Culture in Health Care : A Review of the Available Instruments. *HSR Heal Serv Res.* 2001;38(3):923–45.
100. Lapão L. Lean in the health management: An opportunity to improve focus on the patient, respect for professionals and quality in the health services. *Acta Med Port.* 2016;29(4):237–9.

101. Womack JP, Jones DT, Roos D. The machine that changed the world. Simon, Schuster, editors. New York; 1990.
102. Sarsby A. SWOT Analysis: A guide to SWOT for business studies students. Spectaris Ltd; 2016.
103. Bowling A. Methods in health: Investigating health and health services. 4 Edition. University Press O, editor. 2014.
104. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9 Edition. HUCITEC, editor. São Paulo; 2007.
105. Minayo MC de S, Minayo-Gómez C. Díficeis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: Fiocruz, editor. O clássico e o novo - tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. 1 edição. Rio de Janeiro; 2003. p. 117–42.
106. Aparasu R. Research Methods for Pharmaceutical Practice and Policy. 1 Edition. London: Pharmaceutical Press; 2011.
107. Shorten A, Smith J. Mixed methods research: expanding the evidence base. Evid Based Nurs. 2017;20(3):74.
108. O’Cathain A, Murphy E, Nicholl J. Why, and how, mixed methods research is undertaken in health services research in England: A mixed methods study. BMC Health Serv Res. 2007;7:1–11.
109. Smith F. Research Methods in Pharmacy Practice. London: Pharmaceutical Press; 2002. 161-179 p.
110. Berger K, Eickhoff C, Schulz M. Counselling quality in community pharmacies: Implementation of the pseudo customer methodology in Germany. J Clin Pharm Ther. 2005;30(1):45–57.
111. Watson M, Norris P, Granas A. A systematic review of the use of simulated patients and pharmacy practice research. Int J Pharm Pract. 2006;14(2):83–93.
112. Werner JB, Benrimoj SI. Audio taping simulated patient encounters in community pharmacy to enhance the reliability of assessments. Am J Pharm Educ. 2008;72(6).
113. Murphy AL, Martin-Misener R, Kutcher SP, Gardner DM. Pharmacists’ performance in a telephone-

- based simulated patient study after a mental health capacity-building program. *Int J Clin Pharm*. 2015;37(6):1009–13.
114. Thornley T, Gray N, Anderson C, Eastham S. A study to investigate the extent of delivery of an intervention in asthma, in a UK national community pharmacy chain, using mystery customers. *Patient Educ Couns*. 2006;60(2):246–52.
115. Tully MP, Beckman-Gyllenstrand A, Bernsten CB. Factors predicting poor counselling about prescription medicines in Swedish community pharmacies. *Patient Educ Couns*. 2011;83(1):3–6.
116. Schneider CR, Everett AW, Geelhoed E, Kendall PA, Clifford RM. Measuring the assessment and counseling provided with the supply of nonprescription asthma reliever medication: A simulated patient study. *Ann Pharmacother*. 2009;43(9):1512–8.
117. Osman A, Ahmed Hassan IS, Ibrahim MIM. Are Sudanese community pharmacists capable to prescribe and demonstrate asthma inhaler devices to patrons? A mystery patient study. *Pharm Pract (Granada)*. 2012;10(2):110–5.
118. Chong WW, Aslani P, Chen TF. Pharmacist-patient communication on use of antidepressants: A simulated patient study in community pharmacy. *Res Soc Adm Pharm*. 2014;10(2):419–37.
119. Mesquita AR, Lyra DP, Brito GC, Balisa-Rocha BJ, Aguiar PM, de Almeida Neto AC. Developing communication skills in pharmacy: A systematic review of the use of simulated patient methods. *Patient Educ Couns*. 2010;78(2):143–8.
120. Braund R, Chesney KM, Keast EP, Ng LJ, Qi S, Samaranayaka S, et al. Are all pharmacy staff interested in potential future roles? *Int J Pharm Pract*. 2012;20(6):417–21.
121. Hanna LA, Hughes CM. “First, do no harm”: Factors that influence pharmacists making decisions about over-the-counter medication: A qualitative study in Northern Ireland. *Drug Saf*.

- 2010;33(3):245–55.
122. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saude Publica*. 2011;27(2):388–94.
123. Jupp V. *The SAGE Dictionary of Social Research Methods*. 1 Edição. SAGE Publication Ltd. London: Sage Publications; 2006. 252-253 p.
124. Bowling A. Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. *J Public Health (Bangkok)*. 2005;27(3):281–91.
125. Molina JA, Lim GH, Seow E, Heng BH. Effects of survey mode on results of a patient satisfaction survey at the observation unit of an acute care hospital in Singapore. *Ann Acad Med Singapore*. 2009;38(6):487.
126. Lungenhausen M, Lange S, Maier C, Schaub C, Trampisch HJ, Endres HG. Randomised controlled comparison of the Health Survey Short Form (SF-12) and the Graded Chronic Pain Scale (GCPS) in telephone interviews versus self-administered questionnaires. Are the results equivalent? *BMC Med Res Methodol*. 2007;7:1–8.
127. O’Cathain A, Knowles E, Nicholl J. Testing survey methodology to measure patients’ experiences and views of the emergency and urgent care system: Telephone versus postal survey. *BMC Med Res Methodol*. 2010;10.
128. Krueger R, Casey M. *Focus Groups: A practical guide for applied research*. 3th ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 2000.
129. Guerreiro MP, Samuels T. Focus groups and in-depth interviews are useful tools for qualitative research. *Pharm Pract (Granada)*. 2005;(May):190–4.
130. Shiyabola O, Mort J. Exploring consumer understanding and preferences for pharmacy quality information. *Pharm Pract (Granada)*. 2014;12(4):468.
131. Yin RK. *Case Study Reserach - Design and Methods*. In: *Clinical Research*. 2006. p. 8–13.

132. Thietart R-A. Doing Management Research: A Comprehensive Guide. 2001;432.
133. Cooper H, Hedges L, Valentine J. The handbook of research synthesis and meta-analysis. 2009. 632 p.
134. Coghlan D, Bryndon-Miller M. The Sage Encyclopedia of Action Research. Sage Publications; 2014.
135. Beach D, Pedersen RB. Causal Case Study Methods. The University of Michigan Press; 2016.
136. Glenn ND. Cohort Analysis: Quantitative Applications in the Social Sciences. Vol. 1, Statewide Agricultural Land Use Baseline 2015. 2005.
137. Bourque LB. Cross-Sectional Design. In: The SAGE Encyclopedia of Social Science Research Methods. Sage Publications; 2004. p. 230–1.
138. Salkind NJ. Encyclopedia of Measurement and Statistics. 1 edição. Sage Publications; 2007.
139. Anastas JW. Research design for social work and the human services. 1999;
140. Cuthill M. Exploratory Research: Citizen Participation, Local Government and Sustainable Development in Australia. Sustain Dev. 2002;(10):79–89.
141. Howell MC, Prevenier W. Reliable Sources: An Introduction to Historical Methods. Cornell University Press; 2001.
142. Fronteira I. Observational Studies in the Era of Evidence Based Medicine: Short Review on their Relevance, Taxonomy and Designs. Acta Med Port. 2013;26(2):161–70.
143. Baxter P, Jack S. The Qualitative Report Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers. Qual Rep. 2008;13(4):544–59.
144. Lapão LV, Da Silva MM, Gregório J. Implementing an online pharmaceutical service using design

- science research. BMC Med Inform Decis Mak. 2017;17(1):1–14.
145. Peffers K, Tuunanen T, Rothenberger MA, Chatterjee S. A Design Science Research Methodology for Information Systems Research. J Manag Inf Syst. 2008;24(3):45–77.
146. Arnould EJ, Hevner AR, March ST, Park J. Design Science in Information Systems. MIS Q. 2004;28(08.09.2007):75–105.
147. Iivari J, Venable J. Action Research and Design Science Research - Seemingly similar but decisively dissimilar. Proceedings ECIS 2009. 2009;Paper 73:1–13.
148. Ministério da Saúde. Despacho n.º 128/2013. Diário da República 2013 p. 5524–626.
149. Skoglund P, Isacson D, Kjellgren KI. Analgesic medication--communication at pharmacies. Patient Educ Couns. 2003;51(2):155–61.
150. Veiga P, Martins SM, Lapão L V, Cavaco AM, Guerreiro MP. Quality supply of non-prescription medicines in community pharmacies and retail stores: Interim findings from the QualMed study. Int J Clin Pharm. 2013;35.
151. Cavaco AM, Romano J. Exploring pharmacists' communication with customers through screening services. Patient Educ Couns. 2010;80(3):377–83.
152. Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care Analysing qualitative data. Bmj. 2000;320:114–6.
153. Rosenberg M, Hovland C. Cognitive, affective, and behavioral components of attitudes in Attitude organization and change: An analysis of consistency among attitude components. New Haven: Yale University Press; 1960. 1-14 p.
154. Boulkedid R, Abdoul H, Loustau M, Sibony O, Alberti C. Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: A systematic review. PLoS One. 2011;6(6).
155. Banks J, Shaw A, Weiss MC. The community pharmacy and discursive complexity: A qualitative study of interaction between counter assistants and customers. Heal Soc Care Community. 2007;15(4):313–21.

156. Gregório J, Cavaco A, Velez Lapão L. A scenario-planning approach to human resources for health: the case of community pharmacists in Portugal. *Hum Resour Health*. 2014;12:58.
157. Cruz P. Metodologia 4Choice4A® para atendimento em MNSRM: Um contributo para a sua validação. Coimbra; 2014.
158. Hobbs MK, Taft AJ, Amir LH, Stewart K, Shelley JM, Smith AM, et al. Pharmacy access to the emergency contraceptive pill: A national survey of a random sample of Australian women. *Contraception*. 2011;83(2):151–8.
159. Feletto E, Wilson LK, Roberts AS, Benrimoj SI. Building capacity to implement cognitive pharmaceutical services: Quantifying the needs of community pharmacies. *Res Soc Adm Pharm*. 2010;6(3):163–73.
160. Watson M. Community Pharmacy Management of Minor Illness Final Report. Pharmacy Research UK. 2014.
161. Westerlund T, Bernsten C. Consumer views on safety of over-the-counter drugs , preferred retailers and information sources in Sweden : after re-regulation of the pharmacy market. 2017;15(1):1–8.
162. Veiga P, Lapão L V., Cavaco AM, Guerreiro MP. Quality supply of nonprescription medicines in Portuguese community pharmacy: An exploratory case study. *Res Soc Adm Pharm*. 2015;11(6):880–90.
163. Urbonas G, Kubilienė L, Kubilius R, Urbonienė A. Assessing the effects of pharmacists’ perceived organizational support, organizational commitment and turnover intention on provision of medication information at community pharmacies in Lithuania: a structural equation modeling approach. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:82.

164. Savage C, Parke L, von Knorring M, Mazzocato P. Does lean muddy the quality improvement waters? A qualitative study of how a hospital management team understands lean in the context of quality improvement. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(1):588.
165. Boyle TA, Bishop A, Morrison B, Murphy A, Barker J, Ashcroft DM, et al. Pharmacist work stress and learning from quality related events. *Res Soc Adm Pharm*. 2016;12(5):772–83.
166. Checkland P, Holwell S. Action Research: Its Nature and Validity. *Syst Pract Action Res*. 1998;11(1):9–21.
167. Meyer J. Qualitative research in health care: Using qualitative methods in health related action research. *Bmj*. 2000;320(7228):178–81.
168. Coelho RB, Costa FA da. Impact of pharmaceutical counseling in minor health problems in rural Portugal. *Pharm Pract (Granada)*. 2014;12(4):451–66.
169. Armando PD, Martínez Pérez SR, Martí Pallarés M, Solá Uthurry NH, Faus Dáder MJ. Development and validation of a Spanish language patient satisfaction questionnaire with drug dispensing. *Pharm World Sci*. 2008;30(2):169–74.
170. Gravelle H, Hole A, Hossain M. Response bias in job satisfaction surveys: English general practitioners. *Discuss Pap Econ*. 2008;
171. Warr P, Cook J, Wall T. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *J Occup Psychology*. 1979;52:11–28.
172. Seston E, Hassell K, Ferguson J, Hann M. Exploring the relationship between pharmacists' job satisfaction, intention to quit the profession, and actual quitting. *Res Soc Adm Pharm*. 2009;5(2):121–32.
173. Cameron KS, Quinn RE. Diagnosing and changing organizational culture. Revised Ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2006.
174. Have S ten, Have W ten, Stevens F. Key Management Models: The Management Tools and Practices that Will Improve your Business. 1st Editio. London: Prentice-Hall; 2003.

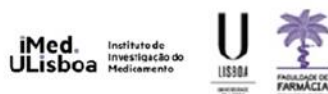
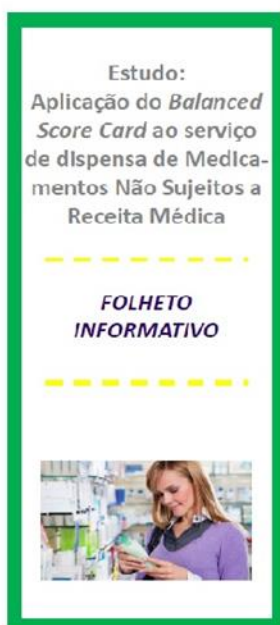
175. Byrka K. Attitude-behavior consistency. Vol. 39, American Sociological Review. 2009. 762 p.
176. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. Soc Sci Med. 1997;45(12):1829–43.
177. Leone C, Dussault G, Lapão LV. : Cultura Organizacional, Reforma da Atenção Primária à Saúde, Diretores Executivos, Liderança, Portugal. 2009;1–18.
178. Rousseau V, Aubé C, Tremblay S. Team coaching and innovation in work teams: An examination of the motivational and behavioral intervening mechanisms. Leadersh Organ Dev J. 2013;34(4):344–64.
179. Rocha Magalhães MI. Satisfação com o atendimento em farmácias comunitárias: Um estudo no distrito de Braga. Universidade do Minho; 2017.
180. van Eikenhorst L, Salema NE, Anderson C. A systematic review in select countries of the role of the pharmacist in consultations and sales of non-prescription medicines in community pharmacy. Res Soc Adm Pharm. 2017;13(1):17–38.
181. Malewski DF, Ream A, Gaither CA. Patient satisfaction with community pharmacy: Comparing urban and suburban chain-pharmacy populations. Res Soc Adm Pharm. 2015;11(1):121–8.
182. Maroco J. Análise Estatística com Utilização do SPSS. 3ª Edição. Sílabo E, editor. 2007.
183. Naik Panvelkar P, Saini B, Armour C. Measurement of patient satisfaction with community pharmacy services: a review. Pharm World Sci. 2009;31(5):525–37.
184. Melton B, Lai Z. Review of community pharmacy services : what is being performed , and where are the opportunities for improvement? 2017;79–89.
185. Seubert LJ, Whitelaw K, Hattingh L, Watson MC, Clifford RM. Interventions to enhance effective

communication during over-the-counter consultations in the community pharmacy setting: A systematic review. *Res Soc Adm Pharm.* 2017;14(November 2017):979–88.

186. Veiga P, Lapão LV, Cavaco AM, Guerreiro MP. Assisting consumers in self-medication: reflections on the role of support staff in community pharmacy. *Int J Clin Pharm.* 2015;37:194.
187. Roberts AS, Benrimoj SI, Chen TF, Williams KA, Aslani P. Practice change in community pharmacy: Quantification of facilitators. *Ann Pharmacother.* 2008;42(6):861–8.

Anexos

1. Folheto Informativo para as Farmácias Participantes



Investigador responsável pelo estudo:
Paulo Veiga, MPharm
(Investigador iMed.Ulisboa)

Instituto de Investigação do Medicamento
(iMed.Ulisboa), Faculdade de Farmácia,
Universidade de Lisboa
Departamento de Sócio Farmácia
Avenida Professor Gama Pinto
1649-003 Lisboa | Portugal
Email: paulojcveiga@ff.ul.pt

A dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), constitui uma das atividades chave e de crescente importância em farmácia comunitária.

A evidência disponível indica que existem oportunidade de melhoria neste serviço.

Qual é o objetivo do estudo?

Espera-se desenhar e testar uma ferramenta de gestão (*Balanced Score Card*), com o intuito de melhorar o serviço de dispensa de MNSRM, amplamente utilizada incluindo na área da saúde, sendo ainda pouco divulgada em farmácia.

Este *Balanced Score Card* (BSC) irá apolar-se numa seleção de indicadores, relacionados a quatro perspetivas essenciais para o desenvolvimento do serviço: Financeira, Cliente, Organização Interna e Inovação/Aprendizagem.

QualMed: Desenvolvimento de uma intervenção com aplicação do Balanced Scorecard com vista à melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

<p>No que consiste a participação da farmácia e seus colaboradores?</p> <p>A participação da farmácia envolve um período de cerca de 6 meses. Durante este período estão previstas reuniões mensais entre os investigadores e a equipa destinadas a facilitar a recolha de dados.</p> <p>A recolha de dados a cargo da equipa, maioritariamente feita online com formulários previamente desenvolvidos, visa o mínimo de disrupção do quotidiano da farmácia.</p> <p>Adicionalmente será solicitada à gestão da farmácia dados financeiros relativamente a MNSRM, como sejam: a evolução da percentagem de MNSRM em relação à faturação e a evolução de número de embalagens de MNSRM vendidas.</p>		<p>Sou obrigado a participar?</p> <p>Não, a sua participação da farmácia é inteiramente voluntária, o que significa que poderá desistir a qualquer momento. A desistência não carece de justificação.</p> <p>Quais são os benefícios em participar?</p> <p>O estudo poderá beneficiar a farmácia diretamente, através de acesso à inovação e da identificação de pontos a melhorar na abordagem no serviço de MNSRM.</p> <p>A farmácia terá acesso a dados de questionários de satisfação feitos por uma entidade externa à farmácia. Será ainda disponibilizada a possibilidade de treino online através de humanos virtuais.</p>
Dimensões BSC	Indicadores	Responsável pela recolha de dados
Perspetiva dos Clientes	Satisfação dos Clientes de acordo com o questionário	Investigadores
	Reclamações sobre MNSRM registadas no livro de reclamações	Diretor Técnico
	Intervenção Farmacêutica em automedicação assistida	Equipa da Farmácia
	Seguimento dos Clientes (resultados da intervenção)	Investigadores
Processos Organizacionais Internos	Satisfação Profissional	Investigadores
	Identificação dos processos críticos para cumprir os objetivos e melhorá-los	Equipa da Farmácia mensalmente em conjunto com um investigador
Inovação e Aprendizagem	Cultura Organizacional	Investigadores
	Formações relacionadas com MNSRM	Equipa da Farmácia mensalmente em conjunto com um investigador
	Número de sugestões propostas para uma melhor abordagem da dispensa de MNSRM	Equipa da Farmácia mensalmente em conjunto com um investigador
	Número de sugestões propostas para uma melhor abordagem da dispensa de MNSRM VS. Medidas implementadas	Equipa da Farmácia mensalmente em conjunto com um investigador
Perspetiva Financeira	Evolução da percentagem de vendas de MNSRM no global	Gestor da Farmácia
	Evolução no número de embalagens de MNSRM vendidas	Gestor da Farmácia
	Evolução da margem de venda de MNSRM	Gestor da Farmácia

2. Formulário para a intervenção farmacêutica em automedicação

<https://docs.google.com/forms/d/1FXHVHhMpigG21n7gSdEiBdNEOBQtVQbRmGY1d2hgkYs/viewform>

Avaliação e Intervenção da equipa da farmácia

Farmácia onde está a ser recrutado o/a cliente para o estudo	Responder simplesmente com o nome da Farmácia
--	---

Avaliação Farmacêutica

1. O cliente apresenta uma queixa, ou um pedido de medicamento não sujeito a receita médica (MNSRM)?	Responder: Queixa / Pedido
2. Para quem é?	Responder: Próprio / Outro (quem é a pessoa)
3. Quais são os sintomas?	Descrição dos sintomas
4. Há quanto tempo começou a queixa?	Resposta em dias, semanas, etc...
5. Já tomou medicamentos para a queixa apresentada?	Responder: Não / Outro (quais os medicamentos e número de caixas)
6. Quais os medicamentos que toma habitualmente?	Solicitar informações sobre indicações terapêuticas – ex: “para o colesterol” – caso o cliente não saiba enunciar os medicamentos
1. Outras informações	Caso sejam recolhidas outras informações sobre o cliente – ex: “sou alérgico ao diclofenac/voltaren”

Intervenção Farmacêutica

1. Qual foi a Intervenção?	1. Aconselhamento de medicamentos e/ou outros produtos; 2. Referenciação ao médico sem aconselhamento de MNSRM e/ou outros produtos; 3. Indicou consulta médica para a queixa, aconselhando MNSRM ou outro produto para alívio da situação até à consulta
2. Selecionou terapêutica farmacológica?	Se na pergunta anterior colocou a 1 ou 3 opção, indique o(s) MNSRM e/ou produto(s) que seleccionou. Se colocou a 2 opção responda “Não”
3. Explicou a ação dos medicamentos seleccionados?	Responder: Sim / Não
4. Explicou oralmente a posologia?	Responder: Sim / Não
5. Escreveu a posologia nas embalagens?	Responder: Sim / Não
6. Referiu a duração da terapêutica?	Responder: Não / Outro (número de dias)
7. Prestou informações complementares?	Responder: Não / Outro (quais, ex: medidas não farmacológicas/folheto informativo)
8. Aconselhou o que fazer em caso de persistência dos sintomas?	Responder: Não / Outro (dizer qual foi o aconselhamento prestado)
9. Nome de quem está a fazer o registo	Este campo opcional permitirá a quem o preencher ser elegível para créditos da OF na carteira profissional

3. Questionário Warr, Cook e Wall para a Satisfação Profissional

Escala de satisfação no local de trabalho (Overall Job Satisfaction Scale)

Número

Local de trabalho

Atendendo ao seu grau de satisfação em aspetos distintos no seu local de trabalho, apresentam-se várias opções (de muita insatisfação a muita satisfação), entre as quais se poderá posicionar, marcando com um (X) o quadrado que melhor represente a sua opinião.

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Moderadamente insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Moderadamente satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1. Condições físicas do local de trabalho							
2. Liberdade para eleger o próprio método de trabalho							
3. Colegas de trabalho							
4. Reconhecimento obtido pelo trabalho bem realizado							
5. Supervisor/ Superior imediato							
6. Responsabilidade atribuída							
7. Salário recebido							
8. Possibilidade de utilizar as suas capacidades							
9. Relação entre a direcção e os trabalhadores da empresa							
10. Possibilidade de promoção da carreira							
11. Organização e gestão da empresa							
12. Atenção prestada às sugestões por si realizadas							
13. Horários de trabalho							
14. Variedade de tarefas realizadas							
15. Estabilidade no emprego							

QualMed: Desenvolvimento de uma intervenção com aplicação do Balanced Scorecard com vista à melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

4. Questionário Cameron e Quinn para a Cultura Organizacional

D) CARACTERÍSTICAS DA ORGANIZAÇÃO ACTUAL (Organização de onde provém)

D1 Assinale a afirmação que melhor descreve a sua organização (assinale apenas uma) *Características dominantes*

- ☐ 1 - É um local muito pessoal, é como uma família. As pessoas parecem partilhar muito delas próprias.
- ☐ 2 - É um local muito dinâmico e empreendedor. As pessoas estão dispostas a “vestir a camisola” e a correr riscos.
- ☐ 3 - É orientada para os resultados. A maior preocupação é realizar o trabalho. As pessoas são muito competitivas e orientadas para atingir os objectivos.
- ☐ 4 - É um local muito controlado e estruturado. Existem procedimentos formais a regulamentar o que as pessoas devem fazer.

D2 Assinale a afirmação que melhor descreve a sua organização (assinale apenas uma) *Liderança organizacional*

- ☐ 1 - Os Coordenadores são geralmente vistos como um exemplo de apoio, assistência e motivação
- ☐ 2 - Os Coordenadores são geralmente vistos como um exemplo de dinamismo, inovação e coragem
- ☐ 3 - Os Coordenadores são geralmente vistos como um exemplo de inconformismo, agressividade e orientação para resultados
- ☐ 4 - Os Coordenadores são geralmente vistos como um exemplo de coordenação, organização e eficiência

D3 Assinale a afirmação que melhor descreve a sua organização (assinale apenas uma) *Estilo de gestão*

- ☐ 1 - A gestão é caracterizada pelo trabalho em equipa, consenso e participação
- ☐ 2 - A gestão é caracterizada pela tomada de riscos individuais, inovação, liberdade e originalidade

QualMed: Desenvolvimento de uma intervenção com aplicação do Balanced Scorecard com vista à melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

- ☐ 3 - A gestão é caracterizada pela elevada competitividade, exigência e pelo cumprimento dos objectivos
- ☐ 4 - A gestão é caracterizada pela segurança de emprego, conformismo, previsibilidade e estabilidade nas relações

D4 Assinale a afirmação que melhor descreve a sua organização (assinale apenas uma) *Coesão*

- ☐ 1 - O que mantém a organização coesa é a lealdade e a confiança mútua.
- ☐ 2 - O que mantém a organização coesa é o empenho na inovação e no desenvolvimento.
- ☐ 3 - O que mantém a organização coesa é o cumprimento dos objectivos.
- ☐ 4 - O que mantém a organização coesa são as regras e os seus procedimentos.

D5 Assinale a afirmação que melhor descreve a sua organização (assinale apenas uma) *Estratégia para o futuro*

- ☐ 1 - A organização dá importância ao desenvolvimento dos seus colaboradores
- ☐ 2 - A organização dá importância à aquisição de novos recursos (pessoas e equipamento) e à criação de novos desafios
- ☐ 3 - A organização dá importância à competitividade e à realização dos seus colaboradores
- ☐ 4 - A organização dá importância à sua permanência e a estabilidade no mercado

D6 Assinale a afirmação que melhor descreve a sua organização (assinale apenas uma) *Critérios de sucesso*

- ☐ 1 - A organização define o seu sucesso com base no desenvolvimento dos colaboradores, trabalho de equipa, empenho e preocupação pelas pessoas
- ☐ 2 - A organização define o seu sucesso com base em serviços novos e originais: é inovadora e líder (relativamente ao serviço)
- ☐ 3 - A organização define o seu sucesso com base na competição e distanciando-se das outras farmácias
- ☐ 4 - A organização define o seu sucesso com base na eficiência: capacidade de oferta e de resposta e ter baixos custos são críticos

5. Consentimento Informado para o Grupo Focal

QualMed: Desenvolvimento de uma intervenção com aplicação do Balanced Scorecard com vista à melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa



Eu, _____, declaro ter sido informado sobre o projecto de investigação “Designing and testing a Balanced Scorecard (BSC) for dispensing non-prescription medicines in Community Pharmacies”, da responsabilidade de Paulo Veiga, no âmbito do seu doutoramento, sob orientação dos Professores Doutores Mara Pereira Guerreiro, Luís Velez Lapão e Afonso Miguel Cavaco.

Face à minha experiência com um *Balanced Scorecard* como ferramenta de potencial melhoria do serviço de dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica fui convidado a participar num grupo focal. Este consiste numa entrevista em grupo sobre a aplicabilidade e utilidade do BSC. No decurso desta entrevista serão discutidas ideias sobre o uso desta ferramenta e seus indicadores na prática diária, bem como barreiras e facilitadores à sua utilização.

A entrevista em grupo durará cerca de 1 hora. Tenho conhecimento que, para garantir a recolha de dados exatos, a entrevista será gravada em suporte áudio, para a qual dou o meu pleno consentimento. A gravação será destruída imediatamente após a transcrição.

É-me garantido o tratamento anónimo e confidencial dos dados recolhidos. Isto significa que a gravação não pode conter qualquer dado que revele a minha identidade (anonimização irreversível). O tratamento confidencial significa que o acesso aos dados é reservado à equipa de investigação.

Os dados recolhidos no atendimento serão utilizados para fins académicos. Quando tornados públicos, por exemplo sobre a forma de tese de doutoramento ou artigos científicos, será integralmente respeitada a anonimidade, no que respeita à minha pessoa e à organização em que trabalho.

Tenho conhecimento que o investigador responsável pelo estudo se encontra ao dispor para esclarecer qualquer dúvida que eu manifeste.

Declaro que li e compreendi esta informação, e que aceito participar no grupo focal.

Data: _____ Assinatura: _____

Em caso de dúvida por favor contacte Paulo Veiga ou Mara Pereira Guerreiro

6. Guião do Grupo Focal

Entrevistas/Grupos Focais com os participantes no seminário "Balanced Scorecard: reflexões sobre a aplicação de uma ferramenta de gestão ao serviço de dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica"

Introdução e Resumo do Tópico

Boa tarde. Obrigado por participar(em) nesta(e) entrevista(grupo focal).

O objetivo desta conversa "guiada" é recolher informação sobre a vossa opinião e/ou experiência sobre o BSC uma ferramenta de gestão aplicada ao serviço de dispensa de MNSRM.

Gostava de recordar que não existem respostas correctas ou erradas às perguntas que serão feitas, o que é importante é a vossa perspetiva e experiência sobre o assunto.

Recordar também que a informação é confidencial, as transcrições serão anonimizadas e as gravações destruídas imediatamente após a transcrição. Podem desistir a qualquer momento sem qualquer tipo de prejuízo.

Antes de prosseguirmos gostava de perguntar se têm alguma questão sobre o consentimento informado ou sobre o estudo?

Guião da Entrevista

"Warming-up"

Recordem-me o vosso nome, trabalham em farmácia comunitária há quanto tempo?

O que se veem a fazer daqui a 5 anos?

Questões introdutórias

Qual a primeira coisa que vos vem à mente quando se fala em qualidade na dispensa de MNSRM?

Questões de transição

O que é na vossa opinião uma ferramenta de gestão?

Na vossa opinião qual é o papel que as ferramentas de gestão têm em promover a qualidade neste serviço (dispensa de MNSR)?

Já conheciam a ferramenta que foi apresentada neste seminário, o *balanced scorecard* (BSC)?

Se sim, trabalharam com o BSC em que contexto (Farmácia Comunitária/Hospitalar/outro), etc?

Perguntas chave

Ficou com dúvidas sobre o BSC? Numa escala de 1 a 5 qual acha que é o seu grau de conhecimento do BSC?

O que considera útil na aplicação desta ferramenta em farmácia comunitária?

Se forem expressas perceções de utilidade:

Inquirir sobre o principal benefício para a farmácia enquanto organização

Inquirir sobre o principal benefício para os colaboradores

Discutir utilidade para todos os elementos da farmácia, ou apenas para a gerência?

QualMed: Desenvolvimento de uma intervenção com aplicação do Balanced Scorecard com vista à melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

Fale-me sobre as dificuldades que percebe que poderão existir ao aplicar uma ferramenta como o BSC em farmácia comunitária.

Se forem expressas percepções de dificuldade:

Inquirir sobre o principal desafio para a farmácia enquanto organização

Inquirir sobre o principal desafio para os colaboradores

É precisa formação em gestão? ou esta pode ser uma limitação?

Quais os indicadores, dos utilizados no estudo apresentado neste seminário, que considera serem mais pertinentes para a gestão da farmácia?

Mostrar “hand-out” com os indicadores

Existe algum outro indicador que possa ser adicionado?

Qual a vossa opinião sobre os resultados apresentados sobre a aplicação do BSC em farmácia?

Após a conclusão deste seminário, de 1 a 5 qual a probabilidade de aplicarem o BSC na vossa realidade?

Em caso positivo (3, 4, 5), questionar se a totalidade dos indicadores ou apenas alguns? Quais?

Em caso negativo (1, 2) inquirir sobre as razões (ex. falta de apoio para a implementação...)

Questões de fecho

Existe alguma outra informação pertinente que gostaria de partilhar acerca do BSC?

Muito obrigada pelo seu tempo.

7. Folheto informativo para o Cliente com Consentimento Informado

QualMed: Desenvolvimento de uma intervenção com aplicação do Balanced Scorecard com vista à melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

A investigação é fundamental para a melhoria da prática profissional. Desta forma poderemos manter a qualidade dos nossos serviços elevada e dar melhor resposta a todas as suas necessidades!



iMed.ULisboa Instituto de Investigação do Medicamento

U LISBOA FACULDADE DE FARMÁCIA

10 ANOS 1912-2012
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Investigador responsável pelo estudo:
Paulo Veiga, MPharm
(Investigador iMed.ULisboa)

Instituto de Investigação do Medicamento
(iMed.ULisboa), Faculdade de Farmácia,
Universidade de Lisboa
Departamento de Sócios Farmácia
Avenida Professor Gama Pinto
1649-003 Lisboa | Portugal
Email: paulojcveiga@ff.ul.pt

Estudo:
Intervenção Farmacêutica em Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

FOLHETO INFORMATIVO



<p>A dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), constitui uma das atividades chave em farmácia comunitária.</p> <p>A evidência disponível indica que existem oportunidade de melhoria neste serviço.</p> <p>Qual é o objetivo do estudo?</p> <p>Espera-se desenhar e testar uma ferramenta, constituída por vários indicadores, que permita melhorar o serviço de dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica.</p> <p>Porque fui convidado a participar?</p> <p>Foi convidado a participar porque está a adquirir medicamentos não sujeitos a receita médica nesta farmácia.</p>	<p>No que consiste a minha participação?</p> <p>Para participar basta autorizar o registo dos dados do atendimento, como a sua idade e o aconselhamento que lhe é prestado, e fornecer-nos o seu contacto telefónico.</p> <p>Será contactado dentro de cerca de uma semana e questionado sobre os resultados do tratamento bem com a sua satisfação com o serviço nesta farmácia.</p> <p>Será convidado neste telefonema a fazer os seus comentários e sugestões. Os dados recolhidos são anónimos, ou seja, em nenhum local consta a sua identificação.</p> <p>Será contactado por um colaborador da farmácia, que terá acesso aos dados recolhidos, mas não ao seu nome.</p>	<p>Declaração de Consentimento Informado</p> <p>Declaro ter sido informado sobre o estudo que decorre nesta farmácia nomeadamente sobre o seu objetivo e sobre o que envolve a minha participação. Li e compreendi esta informação e aceito participar no estudo. Para tal consinto que os dados recolhidos e o meu contacto telefónico (mas não o meu nome) sejam transmitidos ao colaborador da farmácia, que me irá telefonar. É-me garantido o tratamento anónimo e confidencial dos dados recolhidos. A minha participação é plenamente voluntária e posso terminá-la a qualquer instante sem necessidade de me justificar.</p> <p>Data: _____ Ass. Participante: _____</p> <p>Contacto telefónico: _____</p> <p>Hora mais oportuna para ligar: _____</p>
--	---	---

8. Questionário de Satisfação dos Clientes com o serviço de dispensa de MNSRM

Dados sociodemográficos:

- Idade (número)
- Género (Feminino / Masculino)
- Nível de escolaridade (Sem estudos / 1ºCiclo = 4ªClasse / 3ºCiclo = 9ºAno / Secundário / Superior)
- Vive sozinha/o (Sim / Não)
- Adquire habitualmente os seus medicamentos nesta farmácia (Sempre / Às vezes / Nunca)

Escala de resposta de 1 a 5

Ao dirigir-se à farmácia para adquirir os medicamentos:

QualMed: Desenvolvimento de uma intervenção com aplicação do Balanced Scorecard com vista à melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

1. O pessoal mostrou-se interessado em colaborar comigo e ajudar-me no uso dos meus medicamentos;
2. Recebi informação adequada de como devo utilizar os meus medicamentos;
3. Foram atenciosos;

Como consequência do serviço recebido na farmácia:

4. Conheço melhor os medicamentos que uso;
5. Estou consciente de cumprir a duração de tratamento prevista pelo farmacêutico que me ajudou;
6. Conheço os efeitos secundários dos medicamentos que uso;
7. Continuaria a visitar esta farmácia para que me aconselhem sobre os meus medicamentos;
8. Recomendaria aos meus familiares e amigos que visitem esta farmácia para que lhes seja prestado este serviço;
9. Informaria o pessoal da farmácia sobre qualquer alteração na minha medicação habitual;
10. Estou satisfeita/o com o serviço recebido.

Secção Aberta para Comentários/Observações a retransmitir à Farmácia:

QualMed: Desenvolvimento de uma intervenção com aplicação do Balanced Scorecard com vista à melhoria da gestão da qualidade na dispensa de medicamentos não sujeitos a receita médica

Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa
